

Directeur des Soins

Promotion 2004

Les glissements de tâches des infirmiers vers les aides-soignants : Quelle stratégie le directeur des soins peut-il adopter?

Stéphane MICHAUD

Sommaire

INTRODUCTION

Soins de qualité et qualité de la prise en charge des usagers sont des préoccupations majeures des pouvoirs publics. Dès les années 70, cette notion apparaissait. Après une période incitative, la démarche qualité s'affirme. Le directeur d'établissement a obligation de « garantir » la qualité des prestations délivrées. L'ordonnance n° 93-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée en précise les différents axes qui seront formalisés sous le terme de procédure d'accréditation. Elle vise la promotion d'une politique d'amélioration continue de la qualité au sein des établissements de santé.

Pour autant, glissements de tâches, zones frontières métiers, exercice illégal d'une profession, sont des notions qui font échos lorsqu'elles sont nommées. Le présent travail trouve son origine dans notre expérience professionnelle. Les difficultés rencontrées, les réponses apportées et les pratiques qui perdurent nous ont beaucoup interrogés.

Tout un chacun, pour soi, à domicile peut faire un geste. Mais dans une structure hospitalière ce même geste, dans une logique de qualité, a des conséquences autres.

La responsabilité du directeur des soins réside dans la définition des projets et la répartition des moyens humains en fonction des compétences et des ressources.

Dans ce contexte, le directeur des soins, membre de l'équipe de direction prend part au processus décisionnel. Il coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins. Il contribue à la définition d'une politique d'amélioration de la qualité des soins et développe des actions stratégiques avec l'ensemble des acteurs. Il participe à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose l'affectation.

Une vision binaire, ou tout du moins cartésienne, pourrait nous tenter. Le débat serait clos en ne considérant que le travail prescrit : lois, décrets, démarche qualité, gestion des risques. Néanmoins, l'hôpital est un gigantesque système avec des jeux d'acteurs, des pouvoirs multiples, des ressources, des contraintes, que le directeur des soins doit prendre en compte.

Aussi, dans ce travail, nous poursuivons deux objectifs principaux :

- Appréhender de façon plus précise un sujet qui nous questionne
- Modifier notre regard afin d'apporter une réponse en cohérence avec les pratiques

Nous préciserons dans une première partie le cheminement de notre réflexion à partir de notre pratique professionnelle, afin d'identifier la problématique et formuler les hypothèses. Par la suite, l'étude d'un certain nombre de concepts nous servira à éclairer notre travail et à constituer le cadre théorique après avoir présenté le cadre réglementaire.

Dans une deuxième partie, nous présenterons nos entretiens et une enquête réalisée au sein d'un établissement par la direction des soins de celui-ci, afin de vérifier la validité de nos hypothèses ou non.

Et enfin, dans une troisième partie, nous élaborerons des propositions pratiques concernant le rôle du directeur des soins.

1 LA PROBLEMATIQUE PROFESSIONNELLE ET LE CADRE THEORIQUE

1.1 La problématique professionnelle

1.1.1 Le contexte

A) Une expérience professionnelle

Nous avons eu l'opportunité d'exercer à la fois dans un centre hospitalier universitaire et dans un centre hospitalier. Par ailleurs, notre parcours professionnel s'est déroulé dans différents services : services de soins de courte durée et soins de suite et de réadaptation, blocs opératoires et urgences.

En effet, c'est quasi-quotidiennement que nous avons pu observer des glissements de tâches : aspiration endo-trachéale, premier lever post-opératoire, prise de tension artérielle, distribution de médicaments, pose de plâtre, pose de sonde à oxygène, etc.

En tant qu'infirmier, investis dans notre fonction, nous nous sommes souvent interrogés sur les diverses pratiques rencontrées. A titre d'exemple, le positionnement d'un nouvel agent était difficile face à des aides-soignants[1] anciens dans le service et dans la fonction.

En qualité de cadre de santé, nous avons mené une réflexion sur les pratiques dans un service médico-chirurgical de pédiatrie et notamment sur la prise en charge de l'enfant en fin de vie et de ses parents. Ce travail a permis à l'équipe de prendre conscience de l'importance de la place et du rôle de chacun au sein de l'unité. La diversité des professions rencontrées et leurs interdépendances sont souvent à l'origine de difficultés.

Le dilemme entre rôle propre et rôle délégué dépasse le problème du glissement de tâches entre infirmiers[2] et aides- soignants. L'aide-soignant très proche des patients renvoie à la question de la technicité des soins infirmiers.

Enfin, en tant que cadre supérieur de santé, dans un autre établissement, nous avons observé des glissements de tâches au sein du secteur dont nous avions la responsabilité, malgré un travail de sensibilisation réalisé en collaboration avec l'équipe de cadres. Certains glissements étaient soit conjoncturels, soit structurels.

A partir de ces expériences dans les services de court séjour, nous pouvons confirmer l'existence de glissements de tâches entre le personnel infirmier et le personnel aide-soignant.

---

[1] Lire partout aide-soignant, aide-soignante

[2] Lire partout infirmier, infirmière

De plus, notre expérience est confortée par différents échanges et lectures.

B) Des échanges et des faits

Lors de notre premier stage hospitalier dans le cadre de la formation à l'Ecole Nationale de la Santé Publique, l'encadrement des services des urgences, de cardiologie et le directeur des soins nous ont fait part de leurs préoccupations quant à cet exercice illégal d'une profession.
Un collègue stagiaire nous relatait cette même situation au sein d'un établissement de la région parisienne. Sous l'égide de la commission du service de soins infirmiers, un groupe de travail a été constitué sur le thème des glissements de tâches.
De la même manière, le coordonnateur général d'un autre centre hospitalier a réalisé auprès des cadres un état des lieux, en réponse à la demande des partenaires sociaux.
Sous pretexte d'effectif minimun, nous observons souvent des glissements de tâches plus particulièrement le week-end.(en l'absence des cadres)
Le 3 septembre 2003, la 16ème chambre correctionnelle du tribunal de grande instance de Paris a rendu un jugement concernant les responsabilités des acteurs d'un hôpital suite au décès d'un malade. S'agissant du directeur des soins, il était mentionné qu'il lui appartient dans le cadre de sa fonction **d'éviter tout glissement de tâches** entre infirmiers et aides-soignants, de prendre toutes initiatives et de mettre en oeuvre toutes procédures de sanctions pour le cas où de tels actes perdureraient. **I** lui appartient, non pas d'attendre officiellement des informations, mais d'aller les rechercher sur le terrain. Le chef de service, les cadres de santé, les infirmières et une aide-soignante ont également fait l'objet d'une condamnation.

C) Des références bibliographiques

Selon le Professeur AMALBERTI[3], il existe six risques systémiques majeurs dans un hôpital. La médecine est un secteur à risques, très loin en performance des industries les plus sûres. L'un de ces six risques est le transfert de tâches entre catégories professionnelles. Le Professeur AMALBERTI l'explique par le manque chronique de personnel infirmier. Une situation de glissement de tâches permanente entre les aides-soignants et les infirmiers s'opère. Cette notion de frontières professionnelles floues, devient pour différentes raisons (valorisation) très difficile à supprimer lorsqu'elle est installée, alors même que l'effectif et les qualifications sont adaptés.

---

[3] Pr AMALBERTI, Une vision systémique des risques à l'hôpital, *Rencontre AP-HP : vers une meilleure maîtrise des risques à l'hôpital* , 26 et 27 mars 2002, dossier documentaire.

D'autre part, KLEIN F. [4] relate les gestes pratiqués couramment par les stagiaires aides-soignants qui ne relèvent pourtant pas de leur champ de compétences. Pour CHARLERY A.[5], "...*on assiste à un glissement sauvage des tâches..."*

D'une façon plus abstraite, Dominique GENELOT[6] estime que l'univers est ordre et désordre. L'ordre représente la régularité, la répétition, la constance, la prévisibilité. Le désordre est l'irrégularité, la nouveauté, la déviation par rapport à une structure donnée. A la complexité du management des hommes fait écho la complexité de la nature humaine. Elle tient aussi à une imprégnation culturelle qui conditionne les représentations, les choix et les comportements. Mais, le salarié est aussi citoyen d'une société qui détermine ses comportements. Dans notre cas, la réglementation, les droits et les devoirs des fonctionnaires conditionnent le comportement du professionnel.

Certaines situations ne sont ni acceptables, ni acceptées, qu'il s'agisse du fonctionnement des services, de la sécurité des personnes et du respect de leurs droits, des conditions concrètres de l'exercice professionnel, et/ou du respect des bonnes pratiques. Encore faut-il les détecter, mesurer les écarts et améliorer les pratiques, les organisations.

1.1.2 La réglementation

A) La démarche qualité

La démarche qualité trouve ses fondements dans la Loi hospitalière de 1991[7] et les Ordonnances de 1996. Instituée par l'ordonnance du 24 avril 1996[8], la démarche d'accréditation a l'objectif d'apprécier la qualité des soins. Elle fait de l'amélioration continue de la qualité un droit pour le patient et constitue un devoir pour les professionnels.

De même, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé place l'usager au coeur du dispositif.

Par ailleurs, la norme ISO 8402 consacre un chapitre aux recommandations en terme de diplômes, compétences, profils de postes des personnels . Elle définit la qualité comme un "*ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites.Le terme qualité n'est pas utilisé pour exprimer un degré d'excellence dans un sens comparatif*"

Une des missions d'un établissement de santé n'est pas de produire un bien de consommation mais de soigner, à tout instant, des malades dont l'équilibre vital est de

---

[4]. KLEIN F. « Transfert de compétences : une solution si les esprits sont prêts ». *Décision Santé*, octobre 2002, n°188, p 15.

[5] CHARLERY A. « Stagiaires, mode d'emploi ». *Décision Santé*, décembre 2002, n°190, pp.26-27.

[6] GENELOT D. *Manager dans la complexité.* 3ème éd. INSEP CONSULTING, Paris, 2001, 357p.

[7] Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

[8] Ordonnance n° 93-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

façon transitoire remis en question. Aucune rupture de la continuité des soins ne peut être supportée. L'hôpital doit se donner les moyens d'accomplir sa mission de service public. Il incombe à tous les personnels de l'établissement de s'engager dans la voie de la qualité.

B) La gestion des risques

Il ne faut pas oublier que le premier niveau de la qualité est la gestion des risques. "*La gestion des risques vise à réduire l'ensemble des risques qui peuvent survenir (risque pour les personnes, risque juridique, risque financier).*"[9]

Pour, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé[10] "*Lorsqu'une tâche est effectuée par une personne n'ayant pas la qualification requise, la sécurité peut être mise en jeu.*" En d'autres termes, la démarche de gestion des risques nécessite la mise en oeuvre dans l'organisation du travail, des moyens et des compétences des acteurs afin de ne pas provoquer ou faciliter les défaillances.

La gestion des risques suppose la connaissance des risques existants. Aussi, il convient de traiter ces risques identifiés en vue d'atteindre une sécurité maximale.

C) La pénurie des personnels infirmiers

Le nombre de postes infirmiers vacants dans les établissements de santé en France est élevé : plus de 20 000 pour la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée à but non lucratif, entre 10 000 et 15 000 pour la Fédération Hospitalière de France. Par ailleurs, dans les dix ans à venir un infirmier sur deux doit partir à la retraite.

Cette pénurie de professionnels infirmiers pourrait avoir un impact sur le sujet que nous traitons. Là encore, le directeur des soins devra prendre en compte cette dimension externe à l'établissement.

D) L'impact financier

Un contexte économique favorable durant plusieurs années a permis aux entreprises publiques de développer des formes d'organisation des ressources humaines fondées sur la spécialisation, la parcellisation des fonctions et des compétences.

La gestion quantitative des ressources humaines était alors suffisante. En revanche, depuis une vingtaine d'années, les contraintes budgétaires et économiques obligent les différents partenaires à passer d'une logique d'éfficacité à une logique d'efficience.

---

[9] ANAES. Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé, janvier2003, p.10

[10] ANAES. Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé, janvier2003, p.18

1.1.3 La Problématique

Devant ce paradoxe, que sont l'obligation de qualité et l'existence de glissements de tâches, un grand nombre d'interrogations s'impose.
Faire un geste technique, effectivement tout le monde peut le faire. Mais, savoir pourquoi on le fait, comment on le fait "vraiment", en connaître, les conséquences,les risques éventuels, en être responsable, voilà qui est très différent.
Qu'évoque le glissement de tâches? Quelles en sont les raisons? Comment, au travers d'expériences rencontrées, aborder ce problème?

C'est ainsi que cette phase exploratoire nous amène à poser la question de départ:

Pourquoi, malgré un contexte légal en matière de gestion des risques et d'assurance qualité ainsi qu'en matière de réglementation des professions, existe t-il des glissements de tâches des infirmiers vers les aides-soignants dans les services de court séjour ?

Indéniablement, il est de la compétence du directeur des soins de concevoir et de mettre en oeuvre une politique de soins qui prenne en compte l'évolution des facteurs économiques, politiques, juridiques et socio-culturels. Il doit faire preuve d'une vision globale, pour comprendre, analyser et intégrer tous ces facteurs. L'environnement est incertain et complexe.
L'évolution des métiers, des textes législatifs, de l'activité infirmière exige une adaptation nécessaire au changement des organisations. Les contraintes économiques et sociales imposent à l'institution hospitalière de prendre en compte ces changements. Les attentes et les demandes des patients vis-à-vis de l'hôpital sont beaucoup plus pointues qu'auparavant et notamment en ce qui concerne la qualité de la prise en charge.
L'analyse des situations de travail ainsi que la description des compétences qu'elles représentent, constituent un enjeu fondamental, qui doit s'appuyer sur le vécu quotidien des professionnels.
Il ne s'agit alors plus uniquement de se référer aux descriptions d'activités, celles-ci étant clairement définies dans les textes législatifs, mais d'aborder ce contexte sous divers angles:

- sociologie des organisations (relations des différents acteurs),
- compétences des professionnels,
- stratégie.

Ces différentes observations nous amènent à formuler les hypothèses suivantes:

- **Les glissements de tâches sont liés à la recherche d'une valorisation du travail des aides-soignants.**

- **Les glissements de tâches trouvent leurs origines dans un défaut de prise en compte des relations au travail.**

- **Les glissements de tâches sont liés à une insuffisance de gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences en lien avec le projet de soins.**

1.2 Le cadre théorique

Après avoir situé le contexte dans lequel s'opèrent les glissements de tâches des infirmiers vers le personnel aide-soignant, nous allons dans un premier temps faire un rappel historique concernant la fonction d'aide-soignant.

1.2.1 Historique

« La fonction d'aide-soignante est apparue dans les hôpitaux comme un palliatif de la pénurie d'infirmières, comme une source facile et avantageuse de main d'œuvre soignante, recrutée essentiellement dans les rangs du personnel de ménage »[11]

L'introduction dans les années 1950 des aides-soignants s'est donc tout d'abord justifiée par une politique de reclassement dans un contexte de pénurie.

Par ailleurs, la séparation du secteur social du sanitaire se met en place dès 1941[12] et sera confirmée par la loi de 1975. L'hôpital abandonne sa fonction d'hébergement des indigents. Sa mission se centre sur les soins notamment curatifs. Cette mission curative fait appel à une technicité qui fait évoluer le rôle de l'infirmier. La mission de ce dernier va se centrer sur le soin technique, ce qui se traduit par des actes de soins de plus en plus nombreux, un allongement de la formation et une élévation du niveau de recrutement.

La conséquence sera une « relégation » du travail « domestique » à d'autres catégories : les aides-soignants. Une place entière est donnée aux aides-soignants dans la division du travail. Ainsi, ces derniers trouvent une place aux côté des professionnels du soin. Cependant, *« l'observation du travail des aides-soignantes met en évidence, dans l'ensemble composite de leurs tâches, l'importance du travail délaissé, comme indigne, du*

---

[11] BENLAHOUES.D, *Histoire de la profession d'aide-soignante,* Revue de l'aide soignante, n°38, juin 2002, p.15

[12] Loi du 21 décembre 1941

« sale boulot » souvent dans un sens absolu »[13]*.* L'aide-soignant exerce sous la responsabilité de l'infirmier, dans le cadre du rôle propre de celui-ci. *« Il n'existe pas de soins aides-soignants au sens où ils seraient menés sous leurs responsabilités exclusives. Ils ne constituent qu'un sous-ensemble des soins infirmiers »*[14]

1.2.2 Le cadre réglementaire

Nous allons maintenant développer le cadre législatif dans lequel s'inscrit notre thématique.

A) L'exercice aide-soignant

L'article 4 du décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier[15] précise au sujet des actes accomplis et des soins dispensés relevant du rôle propre que :

> *« …l'infirmier peut, sous sa responsabilité, les assurer avec* ***la collaboration*** *d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans la limite de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation… »*

Les conditions de la collaboration infirmière aide-soignante sont donc strictement réglementées. D'une part, il doit s'agir d'actes relevant du rôle propre infirmier et d'autre part, il doit s'agir d'un acte pour lequel l'aide-soignant a reçu une formation. Ces deux conditions sont dites cumulatives, c'est à dire que l'on ne peut pas les dissocier. Ainsi, si un infirmier confie à un aide-soignant un soin qui n'est pas de sa compétence et qu'il s'ensuit un dommage pour le patient, la responsabilité pénale de l'aide-soignant peut être engagée. Il en est de même pour l'infirmier qui aura commis une imprudence voire une faute en lui confiant un soin qui ne relève pas de sa compétence.

L'arrêté du 5 janvier 2004 modifiant l'arrêté du 22 juillet 1994 relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant et au diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture, dans son annexe[16] stipule le programme des formations préparatoires à ces diplômes. Celui-ci précise qu'ils ont :

« …pour objectif de permettre à chaque élève d'acquérir des compétences lui permettant de contribuer à une prise en charge globale des personnes en liaison avec les autres intervenants au sein d'une équipe pluridisciplinaire, en milieu hospitalier ou extra-hospitalier et, en tant que de besoin, à leur éducation et à celle de leur entourage.

---

[13]ARBORIO.AM, *Quand le sale boulot fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital,* Sciences sociales et santé, vol 13, n°3, septembre 1995, p.93

[14] ARBORIO.AM, *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital,* Paris, Anthropo, 2001, p.73

[15] voir annexe n° 1, p. III

[16] voir annexe n° 2, p. XIII

Au sein de cette équipe, l'aide-soignant contribue à la prise en charge d'une personne ou d'un groupe de personnes et participe, dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité, à des soins visant à répondre aux besoins d'entretien et de continuité de la vie de l'être humain et à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie de la personne. »

Le module 6, consacré à la participation aux soins et à la surveillance des malades en médecine, chirurgie, pédiatrie et réanimation, doit à l'issue de l'enseignement *« permettre aux aides-soignants…de participer aux soins qui leur sont dévolus »*. Huit axes sont développés en terme de **participation** aux soins, à la surveillance et à l'installation. La sollicitation des aides-soignants est limitée aux soins de confort, d'hygiène et de surveillance.

B) Les notions de délégation – collaboration

En 1982, l'arrêté du 1er février précise : *« l'aide-soignant assure par délégation de l'infirmier, sous sa responsabilité et son contrôle effectif, les soins d'hygiène et de confort ».*

A partir de 1994, la notion de délégation disparaît au profit d'une notion de collaboration. Une clarification de ces termes semble donc s'imposer.

Délégation : Ethymologiquement, le verbe *déléguer* est issu du latin *delegare* qui signifie transmettre, confier une responsabilité à un subordonné[17]

Selon Le Petit Larousse (2003) : *« La délégation est un acte par lequel une autorité charge une autre autorité d'exercer ses pouvoirs à sa place »*

Et enfin, ALECIAN.S et FOUCHER.D[18] définissent la délégation par un acte où le déléguant confie de façon explicite au délégataire un pouvoir d'action. Celui-ci peut être en terme d'objectifs à atteindre mais aussi de délais et de moyens.

Collaboration : Le mot collaboration provient du verbe collaborer, qui a pour racine :

Co : avec

Labor, -oris : travail, *laborare* « être à la peine » ; *laboriosus* « qui demande du travail » et « qui fournit du travail » ; travailler de concert.[19]

---

[17] Dictionnaire Petit Robert

[18] ALECIAN.S, FOUCHER.D, *Le management dans le service public*, Paris : Editions d'Organisation, 2002, p.434.

[19] Dictionnaire étymologique du français, les usuels du Robert.

Le Petit Larousse définit la collaboration comme étant un travail en commun.
La collaboration peut donc se concevoir comme un travail aboutissant à une œuvre commune, faite avec d'autres personnes. Elle n'est donc pas une transmission de responsabilités. C'est un partage des tâches, un travail en équipe. Ce partenariat doit être une réponse à la fois aux exigences de qualité des usagers et à l'exigence d'une maîtrise de l'exercice professionnel.

C) Normes de qualité

Le guide du service de soins infirmiers[20] de septembre 2001, consacre une norme à la collaboration infirmière aide-soignante. Pour une prise en charge globale de la personne soignée, l'infirmier collabore avec les aides-soignants.
Trois caractéristiques de **structures** sont définies : l'existence de profils de poste au sein du service de soins, l'organisation des soins au sein de l'équipe permettant une collaboration effective et l'accès possible aux informations utiles à l'aide-soignant.
En terme de **processus**, l'infirmier vérifie que l'aide-soignant possède les connaissances et compétences nécessaires. De la même façon, il vérifie la bonne réalisation et les effets des soins confiés à l'aide-soignant. Par ailleurs, il facilite les transmissions des informations et observations recueillies par les aides-soignants.
Deux caractéristiques de **résultats** sont proposées en terme de contrôle et d'exercice de son métier dans le champ de ses compétences et de ses responsabilités.

D) L'accréditation

a) Généralités

L'Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière et le décret n° 97-311 du 7 avril 1997 confirment la volonté de l'état de légiférer dans le domaine de l'évaluation de la qualité. L'ordonnance impose à tous les établissements de santé, publics et privés, une procédure d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins.
L'accréditation vise à promouvoir le développement d'un processus d'amélioration continue de la qualité. Parmi les objectifs de l'accréditation, l'appréciation de la qualité des soins et celle de la capacité de l'établissement à améliorer de façon continue la qualité des soins en formulant des recommandations explicites et en impliquant les professionnels à tous les stades de la démarche qualité sont les principales.
Cette évaluation est réalisée par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé à la demande du Chef d'Etablissement.

---

[20] Ministère, *Normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers*, 2ème édition, septembre 2001.

b) Les références

Les références concernées par notre thème sont déclinées dans le référentiel « Management et gestion au service du patient », et plus particulièrement « Gestion des Ressources Humaines ». Le référentiel « Gestion de la Qualité et Prévention des risques » intéresse également notre travail.

L'objectif du référentiel Gestion des Ressources Humaines est de s'assurer au sein de l'établissement « *de l'adéquation de ses personnels en terme de qualification et de compétence à ses besoins »*[21]

La politique globale des ressources humaines sera également examinée:

- adéquation du personnel aux orientations,
- niveau des effectifs,
- nature des emplois,
- gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, autrement dit *« quels métiers développer ? Qui recruter pour répondre aux besoins d'aujourd'hui mais aussi de demain ? Recruter ou former ? Comment accompagner le personnel dans les mutations prévisibles et nécessaires ? »*[22].

Enfin, comment l'établissement, dans la gestion du personnel, s'intègre t-il dans un processus d'amélioration continue de la qualité au service du patient ?

Les références 1, 4, et 5 du référentiel Gestion des Ressources Humaines précisent respectivement:

- **« L'établissement élabore et met en œuvre un projet social conforme à ses valeurs, à sa mission et à sa stratégie »**

- **« La gestion prévisionnelle des ressources humaines permet l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement »**

- **« Le recrutement tient compte des profils de poste et donne lieu à une vérification des conditions d'exercice »**

<u>GRH. Référence 1</u>

GRH.1.a « Le projet social définit les perspectives d'évolution des ressources humaines par rapport aux besoins de l'établissement, prévoit les modalités d'une gestion personnalisée des professionnels, s'attache à la prise en compte des conditions de travail

[21] ANAES manuel d'accréditation des établissements de santé, juin 2003, p. 75.

[22] ANAES manuel d'accréditation des établissements de santé, juin 2003, p. 75.

et des relations sociales » (La gestion personnalisée des professionnels permet ***un positionnement*** *adapté des professionnels)*

GRH. Référence 4

GRH.4.a «L'établissement met en œuvre une gestion prévisionnelle des ressources humaines »
GRH.4.b « La gestion prévisionnelle des ressources humaines permet d'assurer les prestations de soins selon les exigences de postes, l'évaluation de la charge de travail, les nécessités de remplacement et les compétences du personnel. »
GRH.4.c « Une description actualisée des fiches de fonction et des profils de poste est effectuée. Les responsabilités et les exigences de tout poste font l'objet d'un document écrit et communiqué. »

GRH. Référence 5

GRH.5.a « Le recrutement est effectué sur la base des profils de poste. »

Le référentiel « Gestion de la qualité et prévention des risques » mesure comment l'établissement améliore son organisation et ses pratiques.

La référence QPR.3 précise :

« La gestion de la qualité permet la maîtrise des processus, des métiers et des documents »

E) Les droits des patients

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 instaure une véritable démocratie sanitaire. Le titre II de la loi est consacré aux droits individuels et collectifs des malades et des usagers. En affirmant et en élargissant les droits des malades, elle cherche à rééquilibrer les relations entre les usagers, les professionnels et l'institution. Le respect du droit s'accompagne d'une série de recommandations, voire d'obligations. L'accès à des soins de qualité est l'un des droits fondamentaux de la personne. Le soin de qualité ne doit pas être considéré comme une contrainte mais comme une exigence professionnelle. Cette loi constitue pour les établissements une opportunité d'évaluer les pratiques professionnelles, tant individuelles qu'organisationnelles ainsi que les relations avec les usagers.

1.2.3 Le cadre conceptuel

Le directeur des soins devra prendre en compte la tendance sociale du travail, pour pouvoir par la suite avoir une approche de l'organisation de celui-ci. Dans notre cas, il faudra par la suite s'attacher aux fonctions des acteurs et donc à leurs compétences pour enfin discerner l'activité, la tâche afin de mesurer l'écart soit, le glissement de tâche.

C'est pourquoi nous aborderons successivement les concepts

- autour du travail,
- de valeur et d'estime,
- de l'organisation du travail et ses composantes,
- de compétence.

A) Concepts clés autour du « travail »

a) Le travail : quelques définitions

Suite à différentes recherches, il s'avère qu'il n'existe pas de définition exhaustive du travail. Cependant, les représentations du travail semblent appartenir pour la plupart aux sciences humaines.

Nous avons retenu plusieurs définitions dont celle du Larousse :

« Effort que l'on fait, peine que l'on prend pour exécuter une chose »

Le Robert, quant à lui, définit le travail comme

« l'ensemble des activités humaines organisées, coordonnées en vue de produire ce qui est utile »

- D'un point de vue sociologique, le travail n'est action que lorsqu'il exprime les tendances profondes de la personnalité, et l'aide à se réaliser.
- D'un point de vue de la psychodynamique du travail, le travail désigne les conditions particulières dans lesquelles s'actualise le rapport subjectif à une réalité préexistante, l'activité humaine.
- D'un point de vue psychologique, le travail est une activité forcée, une action organisée et continue, un effet producteur, une activité créatrice d'objets et de valeurs ayant une utilité dans un groupe.
- D'un point de vue ergonomique, le travail est une activité finalisée, réalisée de façon individuelle ou collective par un homme ou par une femme dans une temporalité donnée, située dans un contexte particulier qui fixe les contraintes immédiates de la situation.

Les mots qui désignent le travail, dans différentes langues, *labor, arbeit, tripalium,* évoquent les idées de fatigue, de souffrance, de torture, d'esclavage et de mort. C'est

le sens dominant jusqu'au XIIème siècle. Le mot travail est tour à tour utilisé pour désigner les conditions de travail, le résultat du travail ou l'activité même de ce travail. L'activité, les conditions et le résultat n'existent pas indépendamment les uns des autres. Le travail est la réunion des trois.

b) L'activité de travail

L'activité de travail pour les psychologues et les sociologues est spécifiquement humaine, acquise par apprentissage. Elle met en jeu deux éléments interdépendants. D'une part, il s'agit de l'usage et de la fabrication d'outils et d'autre part du fait que le travail s'effectue dans des conditions d'activité commune, collective (LEONTIEV, 1976).

FRIEDMAN montre qu'au-delà des facteurs de situation, c'est l'ensemble du système d'organisation scientifique du travail qui peut agir sur les comportements au point de provoquer des troubles graves de la personnalité des ouvriers soumis à une extrême simplification des tâches.

D'un côté, on retrouve le travailleur avec ses caractéristiques (santé, spécificité, compétences), de l'autre, l'institution avec ses règles de fonctionnement, le cadre de réalisation du travail. Au centre, se trouve l'organisation : le statut du salarié, la tâche (prescrite, réelle) et l'activité du travail.

c) Les tâches

« Elles désignent les opérations élémentaires (intellectuelles ou manuelles) à effectuer sur un poste de travail. Elles constituent l'unité élémentaire de l'acte de travail »[23]

d) Le travail hospitalier

L'une des principales caractéristiques du travail hospitalier est l'objet du travail. Il est aléatoire. Le malade est un être humain en évolution qu'il faut guérir, stabiliser ou dont il faut ralentir le dénouement fatal en diminuant ses souffrances. La médecine n'est pas une science exacte. Les variabilités entre un malade et un autre sont importantes. Ces aléas sont nombreux et moins explicables que dans le monde industriel.

Par ailleurs, le côtoiement de la souffrance physique et morale est permanent. Confrontés à la douleur des malades et de leurs familles, les soignants ont souvent tendance à relativiser les risques auxquels ils sont soumis.

Cependant, le travail du soignant est aussi physique. Selon une étude de GAUDEMARIS en 1986 sur quatre groupes de professions, les aides-soignants sont le groupe le plus touché par les lombalgies. ESTRYN-BEHAR en 1989, démontrait

---

[23] LE BOTERF.G, *L'ingénierie des compétences*, Paris, éditions d'organisation, 2000, p.441

que 48% des infirmiers des hôpitaux parisiens ont souffert du même problème. Les soignants au cours de leur travail ont des postures pénibles, effectuent de nombreux déplacements et des activités de manutentions lourdes.

Conjointement à cette pénibilité physique, le traitement des informations est une part importante du travail. Une partie du temps est consacrée à quérir, recevoir, échanger, transmettre, consigner des informations. Les soignants traitent un grand nombre d'informations à la fois, souvent à fort enjeu pour le patient. Cette gestion des informations est l'un des facteurs essentiels de la charge mentale.

Enfin, la prise en charge du malade est sans interruption. Le caractère continu de l'activité renforce le sentiment d'être un élément dans un système complexe qui se perpétue sans nous. Le sentiment de posséder son poste, sa chaise, son bureau est pour les soignants proscrit. Ce sont pourtant des éléments structurant la culture professionnelle.

Les aides-soignants, de façon plus spécifique, ont par ailleurs un ensemble de tâches qui forme un « sale boulot ». Leur journée est occupée à des tâches de type domestique comme la toilette du malade, son repas, différents gestes d'hygiène plus spécifiques à l'unité d'affectation et à son organisation. *« Ces tâches les mettent en contact avec des déjections du corps, les emmènent à enfreindre les règles de pudeur qui ont cours à l'hôpital…..Il semble donc nécessaire de prendre en compte l'existence de tâches socialement dévalorisées, universellement reconnues comme dégradantes, laissées aux catégories les plus basses ».*[24]

e) Travail prescrit – Travail réel

D'emblée, une distinction est faite entre la tâche et l'activité.

Travail prescrit

Le travail prescrit est un travail formalisé, écrit, transmissible. En effet, la tâche désigne **la prescription**. Elle est en somme, ce **qui doit être fait**. Le travail prescrit peut donc être décrit par la tâche et ses conditions de réalisation telles qu'elles sont décrites par l'organisation officielle.

Dans notre cas, le travail prescrit peut être schématisé par l'ensemble des notions sus-citées dans le cadre réglementaire.

[24] ARBORIO.AM, *Quand le sale boulot fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital,* Sciences sociales et santé, vol 13, n°3, septembre 1995, p.109

Travail réel

A l'opposé de la tâche, l'activité est **ce qui se fait**. Le travail réel est toujours un compromis entre une organisation prescrite et une organisation réelle de travail. Le travail réel se situe entre description gestionnaire, prescription et description subjective du travail. Il est le vécu subjectif et la logique des acteurs, le sens propre qu'ils donnent aux situations et aux activités.

Pourquoi ces écarts existent-ils ? Parce que le travail, selon DEJOURS fait un appel continuel à « l'intelligence rusée ». La présence continuelle de l'intelligence des acteurs dans les situations de travail a des conséquences nettes sur le management. En effet, pour que cette intelligence se mobilise et s'investisse en cohérence avec l'organisation du travail (travail prescrit), il faudra que l'individu y trouve **reconnaissance et accomplissement de soi**. Ceci passe par des stratégies individuelles et par des stratégies collectives : ainsi, l'individu s'investit dans son travail pour lui-même et pour le groupe. Cet investissement permet de donner un sens nouveau à la tâche. (y compris aux tâches jugées parfois inintéressantes)

Toujours selon DEJOURS, la dimension humaine du travail est ce qui doit être ajusté, réaménagé, imaginé, inventé, ajouté par les hommes et les femmes pour tenir compte du réel du travail. Le réel du travail, ce sont les limites du savoir, des connaissances, de la conception auxquelles se heurtent les actes techniques et les activités de travail.

B) Le concept de valeur et d'estime

La valeur est ce en quoi une personne est digne d'estime, quant à ses qualités morales, intellectuelles ou professionnelles. Nous nous attachons ici au domaine professionnel. Ne pas être digne d'estime, c'est ne pas avoir de valeur reconnue, donc être dévalorisé.

La dévalorisation peut être le résultat du fait de se déprécier soi-même, de ne pas avoir l'estime de soi. Cette dévalorisation est personnelle. Dans notre cas, elle est le fruit d'un doute que l'aide-soignant a sur sa propre valeur professionnelle.

Mais, la dévalorisation peut résulter aussi du regard de l'autre. Dévaloriser l'aide-soignant par rapport à un autre métier, c'est ne pas l'estimer en tant que professionnel, ne pas le reconnaître, le mettre en situation d'infériorité. L'estime est le fruit de la reconnaissance faite de la valeur de quelqu'un.

D'après la théorie du psychologue Abraham MASLOW, tout homme lutte au cours de sa vie pour satisfaire cinq besoins fondamentaux : la survie, la sécurité, son acceptation dans la société, l'estime de soi et la réussite personnelle. Le degré d'importance de ces besoins peut être illustré par une pyramide.

Il faut nécessairement que les besoins fondamentaux de l'individu, c'est à dire ceux qui figurent au bas de la pyramide (la survie, la sécurité) soient satisfaits avant que celui-ci n'aspire à atteindre les derniers degrés.

Du sentiment d'estime de soi et de satisfaction découlent la confiance en soi, le sens de la compétence, le désir d'apprendre, de comprendre, pas seulement pour des raisons pratiques et d'ordre pécuniaire, mais aussi dans le but de savoir, de s'instruire, de s'initier. C'est une recherche de réussite pour la satisfaction qu'elle apporte, pour acquérir un statut, pour être reconnu et respecté de son entourage.

Cette image de soi, ce sentiment de valorisation sont d'autant plus importants que selon LE BOTERF.G, ils jouent un rôle dans **la construction de la compétence**. *« C'est en fonction de cette image de soi qu'une personne estimera si la capacité à agir avec compétence est à sa portée et mobilisera ou non l'énergie nécessaire à cette élaboration »*[25]

C) La compétence

a) Eléments de définition

La compétence est un concept largement utilisé dans la littérature traitant des ressources humaines. Chaque personne en a une représentation différente. En 1993, 120 définitions différentes étaient recensées, toutes complémentaires.

La compétence n'est pas quelque chose d'immédiatement palpable, de directement observable. C'est une construction intellectuelle, un concept. C'est à dire une notion abstraite.

Selon le Petit Robert, la compétence est une aptitude à bien juger une chose.

Pour MALGLAIVE.G, elle est « des savoirs en actes ».

Etre compétent consiste donc à *« savoir mobiliser à bon escient, l'ensemble des connaissances, savoir-faire et comportements nécessaires à la réalisation efficace de son travail, selon des objectifs définis et dans un contexte donné »*[26]

A partir de ces définitions, nous constatons que les compétences sont exprimées en terme d'activité. C'est l'articulation d'un ensemble de savoirs qui, combinés entre eux, vont permettre de faire une activité. La personne compétente va être celle qui sait agir dans un contexte particulier, en choisissant et en mobilisant deux catégories de ressources : les ressources personnelles (connaissances, savoir-faire, culture, ressources émotionnelles,...) et les ressources réseaux (banque de données, documentaires…)

La compétence est un processus dynamique continu. *« Elle n'est pas un état ou une connaissance possédée. Elle n'est pas assimilable à un acquis de formation. C'est un*

---

[25] LE BOTERF.G, *L'ingénierie des compétences*, Paris, Editions d'organisation, 2000, p.29

[26] BARTHES.R, Gestion prévisionnelle des Effectifs et des Compétences, cours ENSP, novembre 2003

processus à valeur ajoutée (…) Elle est finalisée et contextualisée. C'est un savoir-agir en situation. »[27]

b) *Deux grandes familles de savoirs*

Les savoirs formalisés : savoirs théoriques et savoir procéduraux

Les savoirs formalisés se décrivent et se transmettent bien mais ils ne permettent pas d'agir directement. Les savoirs théoriques sont les savoirs disciplinaires. Ils sont nécessaires pour la description, la compréhension de l'action. Ils décrivent *« ce qui est »*[28]
Les savoirs procéduraux décrivent *« comment il faut faire ».* (protocole par exemple)

Les savoirs-agis : savoir-faire, savoirs pratiques et savoirs sociaux

Les savoirs-agis vont permettre l'exécution de la tâche. Les savoir-faire sont la capacité à mettre en œuvre et réaliser un acte. Les savoirs pratiques sont exprimés par la capacité à mobiliser son expérience dans des situations déjà rencontrées. C'est la mise en œuvre d'un raisonnement non formalisé, acquis avec le temps. Il est difficile à transmettre et à analyser. Les savoirs sociaux sont représentés par la capacité à développer des comportements professionnels adaptés.
La compétence, comme nous venons de le voir, s'exprime dans une action. Elle est de l'ordre du savoir-agir puisqu'elle ne se limite pas au savoir-faire : le savoir-faire étant **un geste professionnel**. Une action peut cependant inclure plusieurs gestes professionnels. Ce savoir-agir s'opère dans un champ de contraintes et de ressources déterminées c'est à dire dans un contexte particulier.
Les soins infirmiers nécessitent un « ensemble de connaissances, de compétences et de techniques relatives à la conception et à la mise en œuvre d'actes infirmiers. Ils ont pour but de répondre aux besoins de santé d'une personne et/ou d'une collectivité et font l'objet de la discipline enseignée au personnel infirmier »[29]
Dans la réalité, la compétence n'existe pas en soi, indépendamment de celui qui la porte et dont elle est indissociable. Ce qui existe réellement, ce sont des personnes plus ou moins, compétentes. La compétence ne se définit pas comme une mise en œuvre de savoirs mais comme une aptitude à s'adapter. Pour Le BOTERF, un professionnel est celui qui sait gérer une situation professionnelle complexe en sachant s'engager, apprendre, transposer, combiner des ressources (personnelles et réseaux), agir et réagir.

---

[27] Le BOTERF.G., *De la compétence à la navigation*, Les Editions d'Organisation, Paris.1998, p.25

[28] BARTHES.R, Gestion prévisionnelle des Effectifs et des Compétences, cours ENSP, novembre 2003

[29] MAGNON.R, DECHANOZ.G, Dictionnaire des soins infirmiers, AMIEC, p.193

Dans notre cas, l'aide-soignant possède t-il les connaissances nécessaires pour réagir, prendre une décision, enchaîner des actions selon une finalité, repérer et interpréter ?
Le professionnel doit savoir gérer deux types de critères pour mettre en œuvre des pratiques professionnelles acceptables : *« le critère des « prescriptions » relevant du référentiel professionnel du métier »* et *« les critères de «spécifications » »* que sont les caractéristiques des activités attendues par le client.
Selon B.HERAULT[30], la compétence se développe suite à la combinaison de plusieurs facteurs : l'expérience, la réflexion, le contexte, le collectif et l'organisation du travail.

D) Analyse stratégique de l'organisation

Délimiter précisément les tâches entre deux catégories professionnelles peut s'avérer inefficace pour résoudre les problèmes de fond, si l'on ne tient pas compte du contexte et de l'organisation du travail. Un raisonnement plus large consiste à tenir compte des différentes composantes de la situation.
Selon CROZIER.M.[31], l'organisation est un système politique qui résulte du jeu de l'acteur.
Quatre principes sont retenus :

- l'acteur est un stratège, il a une marge d'action
- l'acteur est rationnel, mais sa rationalité est limitée
- le pouvoir est une relation d'échange qui se négocie
- l'interaction entre les individus génère un système d'action

L'individu au travail est un homme complexe. *« Les individus n'acceptent jamais d'être traités comme des moyens au service de buts que les organisateurs fixent à l'organisation. Chacun a ses objectifs, ses propres buts »*[32]
La liberté de l'acteur est donc relative mais réelle, ce qui introduit **l'imprévu** dans l'organisation. Par ailleurs dans ces jeux de pouvoir, les stratégies induisent **l'instabilité** : **il n'y a plus la bonne solution mais plusieurs solutions possibles.**
Le système est un ensemble d'éléments en interaction dynamique organisé en fonction d'un but, caractérisé par des limites, des acteurs et des réseaux de communications.

---

[30] HERAULT.B, Soins infirmiers : sens, non sens, d'une pratique*, « Les travailleurs et leur qualification : de la spécialisation à la compétence »,* sociologie santé, décembre1997,n°17
[31] CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*, Le Seuil, collection Points, Paris, 1981
[32] SCHWEYER.FX, sociologie de l'organisation hospitalière, cours ENSP, septembre 2003

La notion d'acteur suppose une conception différente de la place de la personne dans l'organisation par rapport à l'école de l'Organisation scientifique du travail. Cette notion implique que l'individu influence la situation dans laquelle il se trouve. L'acteur n'est jamais totalement contraint par l'organisation.

« Ainsi, cet acteur sera donc toujours en partie imprévisible et actif, même dans le cas extrême de la passivité totale, qui peut alors, dans cette optique et de façon paradoxale, être considérée comme une conduite éminemment active. »[33]

Cependant, en délimitant de façon très précise les tâches et postes et en spécialisant les fonctions selon des principes de division du travail, l'organisation conçoit des rôles relativement contraignants à remplir par l'acteur. Mais, celui-ci n'est jamais totalement contraint. Il utilise sa marge de manœuvre pour conduire au mieux ses intérêts. Ce jeu caractérise et explique le fonctionnement réel d'une organisation.

Elément non prévu, la zone d'incertitude est un concept clé de l'analyse. Les acteurs qui la maîtrisent ont un réel pouvoir dans l'organisation. Ce pouvoir est d'autant plus grand que la source d'incertitude qu'il contrôle affectera les autres membres de l'organisation.

Quatre zones de pouvoir peuvent être définies :

- La maîtrise de l'information
- La maîtrise de la règle organisationnelle et le contrôle des moyens de l'organisation
- La compétence
- La maîtrise des relations avec l'environnement

Dans notre cas où le contexte est dans le cadre d'une organisation réglementée, rigide où peu de place est laissée à la liberté, nous devrons rechercher à travers quelle marge de manœuvre les acteurs agissent.

En partant de cette approche théorique et en corrélation avec notre questionnement, nous allons dans la seconde partie, poursuivre nos recherches au moyen d'études sur le terrain.

---

[33] GONNET F., *L'hôpital en question(s)*, Editions Lamarre, Paris, 2003, p.261.

2 L'ENQUETE

Pour pouvoir comprendre les liens entre l'organisation du travail et le travail réel, il nous a semblé important d'associer des entretiens afin de rechercher le sens donné par les acteurs, à une enquête effectuée dans un établissement par la direction des soins.

2.1 Les entretiens

2.1.1 Le choix du terrain d'enquête

Pour confronter nos hypothèses sur le terrain, nous avons choisi d'enquêter sur un établissement. Cependant, des entretiens avec des directeurs des soins de différents établissements ont été réalisés.

Le centre hospitalier, où les entretiens se sont déroulés pour les autres catégories professionnelles, possède une capacité de 500 lits dont 256 lits de soins de courte durée. Il emploie 1000 professionnels dont 600 agents placés sous la hiérarchie de la direction des soins. Celle-ci est composée d'un directeur des soins coordonnateur général et d'un directeur des soins. L'équipe d'encadrement est constituée de 28 cadres de santé.

L'établissement, après avoir fait une première auto-évaluation il y a 18 mois, vient de s'inscrire dans la procédure d'accréditation et redémarre une procédure d'auto-évaluation.

Nous le dénommerons « hôpital A »

2.1.2 L'échantillon interviewé

Nous avons porté notre choix sur quatre types d'acteurs :

- Des aides-soignants
- Des infirmiers
- Des cadres de santé
- Des directeurs des soins

C'est volontairement que nous avons limité notre choix à ces quatre catégories. Elles nous paraissent les plus représentatives dans le cadre de notre travail.

Le choix des cadres enquêtés s'est réalisé avec le directeur des soins. Nous avons souhaité que différents services de court séjour soient représentés : services de médecine, de chirurgie et service des urgences.

Le choix des personnes interviewées s'est effectué de manière aléatoire, le plus souvent avec le cadre de santé des services respectifs et en fonction des disponibilités des personnes.

Les rencontres se sont déroulées sur le lieu de travail dans un bureau. Elles ont duré en moyenne 45 minutes.

Nous avons rencontré 18 personnes au total :

- Six aides-soignants
- Quatre infirmiers
- Quatre cadres de santé
- Quatre directeurs des soins (deux de l'établissement A, un d'un établissement que nous nommerons B qui sera cité par la suite et un de l'établissement C)

2.1.3 La méthode

La démarche choisie a été réalisée à partir d'entretiens semi-directifs d'après un guide d'entretien adapté aux différents acteurs.[34]

Afin d'éviter les mécanismes de défense que sont la fuite, la projection et l'identification[35], nous avons mis des moyens en œuvre afin d'inciter les enquêtés à répondre malgré les craintes que pouvait soulever l'évocation des glissements de tâches. Nous avons tout d'abord garanti l'anonymat. Le second temps était un temps de présentation du travail. Nous avons précisé que nous voulions travailler sur les métiers à l'hôpital et en particulier ceux d'infirmiers et d'aides-soignants et que nous mettions à profit notre année de formation pour travailler sur les différentes articulations afin de répondre au mieux aux attentes de tous par la suite.

2.2 L'enquête menée dans le centre hospitalier B

2.2.1 Les circonstances

Suite à une interpellation des partenaires sociaux lors d'un Comité Technique d'Etablissement, le directeur des soins mandaté par le directeur de l'établissement, a débuté une enquête[36], en octobre 2003, concernant les dépassements de fonction pour toutes les catégories : Infirmiers, aides-soignants et agents des services hospitaliers, dans tous les services de l'établissement.

Seuls les résultats des actes effectués par les aides-soignants qui devraient être réalisés par les infirmiers seront pris en compte au cours de notre analyse.

---

[34] Voir annexe n°3, p. XXV

[35] GRAWITZ M., *Méthodes des sciences sociales* , Paris : 9ème Editions Dalloz, 1993

[36] Voir annexe n°4, p. XXVII

2.2.2 Les résultats de l'enquête dans l'hôpital B

Sur douze services de court séjour, onze disent que des actes infirmiers sont effectués par des aides-soignants. Le seul service ayant répondu par la négative est le service d'anesthésiologie.

ACTES	MOTIFS	POSITION DU SERVICE	PROPOSITIONS
Electrocardiogramme Service de cardiologie	Roulement instauré de cette manière	Le médecin ne souhaite pas que ce soit l'infirmier	
Electrocardiogramme Service des urgences	Lors d'une urgence, l'infirmier et le médecin sont présents dans le box. L'aide-soignant a appris à faire ce geste. Il n'y a pas de risque pour le patient	Apprentissage de cet acte à tout nouveau professionnel	Demande de reconnaissance de ce travail
Réglage de l'oxygène Service de pneumologie	Lors des admissions, l'infirmier est occupé	Chaque professionnel réagit différemment	Ecrire une conduite à tenir
Aspiration Service de pneumologie	Lors des entrées, l'infirmier est occupé et en cas d'urgence de jour comme de nuit	Chaque professionnel réagit différemment	Ecrire une conduite à tenir
Lavement évacuateur et normacol® Service de pneumologie	Acte effectué lors de la toilette, et infirmier occupé	Chaque professionnel réagit différemment, et certains infirmiers ne font pas les lavements	Lavement évacuateur à faire par tous les infirmiers

ACTES	MOTIFS	POSITION DU SERVICE	PROPOSITIONS
Lavement évacuateur et normacol® Service de gastrologie	Acte effectué lors de la toilette et infirmier occupé. Se fait également lors des changes	Si bonne coopération Infirmiers/ aides-soignants, il n'y a pas de problèmes, cela permet de dégager l'infirmier pour d'autres soins	
Lavement évacuateur et normacol® Service de médecine interne	Confort pour le patient que l'on ne mobilise pas à plusieurs reprises	L'infirmier devra travailler en binôme avec l'aide-soignant de façon à faire cet acte lui-même	Travail en binôme à développer
Lavement évacuateur et normacol® Service de chirurgie orthopédique	L'infirmier est seul, occupé : cela évite l'attente et la double manipulation	Le service s'adapte aux moyens donnés.	Disposer d'un effectif plus important (1 infirmier en plus)
Pose de bandes de contention Service de pneumologie	Infirmier occupé	Chaque professionnel réagit différemment	Réorganisation pour réaliser la pose à un autre horaire
Pansement Duoderm® Service de pneumologie	Lorsqu'il est décollé, ou lorsque le malade présente une rougeur minime, ou lorsque l'infirmier est occupé	Chaque professionnel réagit différemment	

ACTES	MOTIFS	POSITION DU SERVICE	PROPOSITIONS
Pansement Duoderm® Service de médecine interne	Dans un souci de regroupement des soins (toilette) et de confort pour le malade	L'infirmier devra travailler en binôme avec l'aide-soignant de façon à faire cet acte lui-même	Travail en binôme à développer
Examen Cyto-Bactériologique des Urines. Service de chirurgie orthopédique	L'infirmier est seul, occupé : cela évite l'attente et la double manipulation	Le service s'adapte aux moyens donnés.	Disposer d'un effectif plus important (1 infirmier en plus)
Examen Cyto-Bactériologique des Urines. Service de chirurgie générale	Bandelette urinaire systématique faite par l'aide-soignant et examen cytobactériologique si nécessaire	Pas le choix par rapport aux moyens alloués au service	Disposer d'un infirmier supplémentaire
Premier lever **Préparation cutanée pré-opératoire, rasage** **Relevés aspirations, redons, lames** Service de chirurgie générale	Manque d'infirmier	Pas le choix par rapport aux moyens alloués au service	Disposer d'un infirmier supplémentaire
Ablation de plâtres **Pose d'attelles** **Dextros** Service des Urgences	Aides-soignants formés depuis des années. Demande des médecins	Sur prescription médicale, il n'y a pas de risque pour le patient Apprentissage de ces actes pour les nouveaux professionnels	Demande de reconnaissance de ce travail

Deux services identifient des conséquences pour l'usager :

- en terme de prestations de moins bonne qualité
- en terme d'hygiène et d'asepsie
- en terme d'identification des problèmes

Un service met en avant des conséquences pour l'usager lorsque les professionnels sont nouveaux. Mais, quand le personnel est formé et a de l'expérience (ancienneté dans le service), il n'y a aucune conséquence sur la prise en charge de la personne.

2.3 Les limites de l'étude

L'échantillon très restreint de chaque catégorie professionnelle place ce travail dans un cadre exploratoire. Toutefois, s'il ne nous permet pas de généraliser les résultats, il nous aidera à modifier notre regard et à tendre vers une vision plus prospective.
Par ailleurs, pour compléter ce travail, une observation sur le terrain des différents acteurs pourrait être judicieuse.

2.4 Les résultats et l'analyse

Nous avons cherché à extraire de chaque entretien ce qui pouvait apporter des éléments de réponse à notre questionnement. A travers les réponses obtenues, il nous est apparu que se dessinaient quatre thèmes importants en corrélation avec nos hypothèses. C'est pourquoi nous aborderons dans notre analyse successivement les glissements de tâches d'ordre structurel, puis d'ordre conjoncturel. Ensuite, nous analyserons le positionnement des acteurs et leur recherche ou non de valorisation, pour enfin nous attarder sur le questionnement de certains interviewés.

2.4.1 Des positions diverses pour les directeurs des soins

La difficulté du travail du directeur des soins dans la gestion des glissements de tâches a été exprimée au travers des réactions de ceux-ci, pendant les entretiens. Lors des quatre entretiens, c'est toujours la réaction première, en début d'entretien, qui a retenu notre attention pour cette partie de l'analyse.
L'un des directeurs des soins interrogé a commencé l'entretien en nous précisant *« moi, les glissements de tâches, ce n'est pas mon problème. (silence) Les agents sont responsables, ils savent ce qu'ils doivent faire (…) et puis de toutes les façons dans les autres structures, médico-sociales, on ne pourrait plus fonctionner si les agents du service hospitalier ne faisaient pas les toilettes »*.

Deux attitudes s'offraient alors à nous :

- clore l'entretien, le directeur des soins affirmant ne pas être préoccupé par ce thème et ne comprenant donc pas notre questionnement,
- détourner l'entretien en échangeant sur la mise en place de la démarche qualité et de la gestion des risques.

Très rapidement, le directeur des soins interviewé est entré dans l'échange qui a, tout au contraire, prouvé de sa part un réel questionnement face à cette tension entre le travail prescrit et le travail réel dont il est responsable.

Un autre nous a dès le début de l'entretien confié son inquiétude *« aujourd'hui, je fais plutôt « l'autruche » (…) j'ai la trouille de tout savoir. Je préfère ne pas être au courant que cela existe dans mon établissement. Pourtant, je sais bien que cela existe, c'est un vrai problème, j'ai été professionnel moi aussi et j'ai délégué des actes non délégables aux aides-soignants »*

Pour autant, une partie du projet de soins insiste sur la nécessité de s'inscrire dans la logique du projet social et sur la réalisation et l'utilisation d'outils, profils de poste et évaluation des compétences.

Enfin, les deux directeurs des soins de l'établissement A nous ont fait part de l'inexistence au sein de leur établissement de glissements de tâches du personnel infirmier vers le personnel aide-soignant. Il a été précisé que des mouvements de personnels dans certains services avaient été organisés afin de supprimer ces pratiques non autorisées. Les services concernés sont avant tout le service des Urgences et les Blocs opératoires.

A noter qu'aucun système d'informations, de signalements n'est mis en place. Cependant, l'équipe d'encadrement *« doit donner du sens à ce que font les gens et doit travailler avec eux, sur le pourquoi et en même temps sur les limites de leurs compétences (…) c'est au cadre d'organiser son service de manière à ce qu'il n'y ait pas de pratiques illégales, de contrôler et de sanctionner pour les débordements anormaux »*

Les interviews des infirmiers et des aides-soignants ont eu lieu dans le même établissement (établissement A). Le travail prescrit, le cadre réglementaire dans l'établissement sont bien définis par la direction des soins. L'équipe d'encadrement, relais et porteur des valeurs du service de soins infirmiers dont le respect de la loi et de la réglementation, ne fournit pas d'informations concernant l'existence de glissements de tâches alors qu'ils existent.

Mais, essayons dans un premier temps de comprendre quelles définitions donnent les différents acteurs aux glissements de tâches.

2.4.2 Définitions données aux glissements de tâches

Les différents entretiens des personnels aides-soignants, infirmiers ou d'encadrement, mettent en exergue la notion de tâches qui ne devraient pas être réalisées ou tout du moins, qui ne sont pas réalisées, par la bonne personne.

Les directeurs des soins interrogés définissent sensiblement de la même façon les glissements de tâches.

Un travail, une mission, une responsabilité incombe à l'infirmier. Le glissement de tâches est expliqué comme le passage de ce travail, cette mission, cette responsabilité de l'infirmier vers l'aide-soignant sans que cela soit autorisé, possible.

Ainsi, les directeurs des soins vont très rapidement aborder la notion de responsabilité. *« Tous les ans, nous proposons aux agents une heure d'informations sur la responsabilité professionnelle. Etre responsable, c'est répondre de ses actes et de ceux d'autrui et de leurs conséquences »*

Un autre directeur des soins précise qu', *« … il existe des glissements de tâches collectifs tolérés. Ce sont ceux que l'on retrouve par nécessité de service, faute de moyens ou lors d'un événement particulier. Ils sont généralement tolérés et non formalisés. Ces glissements concernent le plus souvent les agents du service hospitalier qui effectuent des fonctions d'aide-soignant, comme les toilettes par exemple, mais également les aides-soignants qui assurent des actes relevant de la compétence infirmière. Dans les services de court-séjour, cela peut être les électrocardiogrammes, les lavements… »*

Parallèlement à cette notion de glissements de tâches collectifs tolérés, se trouve le glissement de tâches individuel. Celui-ci est généralement non toléré par l'établissement. Il relève de l'individualité et est beaucoup plus difficile à détecter, à cerner et à prévenir. *« …Il est possible de rencontrer différents cas de figure : l'infirmière qui délègue à l'aide-soignante un acte qui n'est pas de la compétence de celle-ci, une prise d'initiative personnelle… »*

Les cadres interrogés ne définissent pas de façon diamétralement opposée les glissements de tâches. Toutefois, la notion de responsabilité ne sera pas citée lors des entretiens. Seul un cadre évoquera celle-ci en parlant de **sa** responsabilité.

Les infirmiers et les aides-soignants, en fin d'entretien, ont volontiers abordé les glissements de tâches en parlant de *« l'exercice d'une tâche, activité ou acte de soins effectué par un membre de l'équipe n'ayant pas les compétences requises par une formation validée par un diplôme, ou par la loi »* Des variantes ont été proposées comme la notion de *« façon régulière et consentie par tous. »* ou de *« tâches déléguées ou provisoirement données »*

Une aide-soignante définit les glissements de tâches comme *« un moyen pour pallier le manque de personnel »* Un autre encore parle de *« faire des choses qui ne sont pas de notre ressort, on sait que c'est interdit »*

Il est à noter que nous avons abordé les glissements de tâches en fin d'entretien. C'est en les nommant que la notion d'interdit, de droit est apparue. Jamais au cours de l'entretien au préalable, nous n'avions nommé de façon explicite cet état de fait. Cependant, dans leurs discours, dans la description de leur travail et dans leurs relations, de nombreux cas de figure évoquent de façon claire des actes, ne relevant que de la compétence de l'infirmier, mais accomplis par l'aide-soignant. Les raisons évoquées sont variées.

2.4.3 Les raisons conjoncturelles

A) De la part des infirmiers et des aides-soignants

Lors de nos entretiens, les infirmiers et les aides-soignants ne nous ont pas donné de façon spontanée les raisons des glissements de tâches.
Seule une aide-soignante nous fera part de son expérience et évoquera l'historique. *« …il y a 20 ans, le nombre d'infirmières était tellement bas que nous étions réduites, bon gré mal gré, à faire des soins (…) on faisait des calciparines®, on remplaçait des perfusions. Il m'est même arrivé de perfuser mais ça, je le faisais parce que j'étais obligée, ce n'était pas mon truc. (…) Alors, que maintenant je change une poche ou que je fasse un E.C.B.U.*[37]*, je ne vois pas où est le problème. »*

B) De la part des cadres

Les cadres interrogés ont tous donné des raisons d'ordre conjoncturel aux éventuels glissements de tâches constatés dans leurs unités :

- une urgence qui occupe l'infirmier et le médecin pendant un temps important,
- le manque d'une personne un jour donné en cas d'arrêt maladie de courte durée par exemple.
-

Deux cadres de santé disent ne pas avoir de glissement de tâches au sein de leur unité. *« Il n'y a pas de glissements de tâches dans le service. Chacun reste dans ses attributions. Oui, des glissements de tâches dans le service ont eu lieu mais toujours ponctuels et toujours liés à une notion d'urgence. Cependant, cette situation où tout le monde reste dans ses attributions crée quelques tensions »*
L'autre cadre explique l'inexistence de glissements de tâches dans son unité car *« le travail est sectorisé. Il y a dans l'équipe un binôme infirmier/aide-soignant, qui travaille en réelle collaboration et on retrouve donc une cohésion professionnelle. Mais, de temps en temps, il m'arrive de retrouver l'inverse. C'est à dire, que si un premier lever est prescrit*

---

[37] E.C.B.U. : Examen Cytobactériologique des Urines.

pour un malade et que l'infirmier n'est pas là, la personne peut rester couchée et ne pas avoir le droit de se lever. Ceci n'est pas un réel progrès »

Comme nous le verrons par la suite dans ces deux mêmes unités, les aides-soignants expliquent l'intérêt de travailler en binôme par la possibilité de faire des gestes qu'ils ne feraient pas habituellement.

De plus, pour répondre à un problème récurrent de glissements de tâches dans un service de réanimation spécialisée, la direction des soins conjointement avec la direction des ressources humaines a pris, depuis plusieurs années, la décision de ne pas affecter de personnel aide-soignant dans ce service. Seuls des infirmiers et des agents des services hospitaliers sont présents dans l'unité. *« Ce fut difficile au départ, chacun a cherché ses marques, mais il manque un maillon dans la chaîne ce qui entraîne des problèmes de responsabilité. Prendre un patient lourd seul en charge est impossible. Alors, deux infirmières prennent en charge le malade mais une seule est responsable de celui-ci et chacune est responsable de ses actes. Le deuxième travers rencontré suite à la mise en place de cette organisation est beaucoup plus grave. Lors de l'entretien de la chambre (sol, mur,..) fait par l'agent des services hospitaliers, celui-ci manipule également le respirateur, le pousse seringue et tout autre matériel faisant partie de l'environnement immédiat du malade »*

Cet exemple nous démontre bien à quel point il est nécessaire de bien penser une nouvelle organisation de travail avant tout changement d'affectation de personnel aussi bien en terme de quantité que de qualification. De la même manière, nous avons classé cet exemple dans les faits conjoncturels.

Des raisons structurelles impliquant des faits anciens ou une gestion à un niveau institutionnel sont aussi très souvent cités par l'ensemble des personnes interrogées à l'exception des directeurs des soins.

2.4.4 Les raisons structurelles

A) L'histoire

De nombreux témoignages sur l'existence des glissements de tâches des aides-soignants liés à l'historique de la profession et consécutifs à une pénurie de personnel, sont apportés, sans nier la prise de risques pour la qualité des soins. C'est ainsi que l'aide-soignante sus-citée ne comprend pas pourquoi elle ne ferait plus des gestes qu'elle pouvait faire auparavant. Par ailleurs, nous pouvons remarquer une sorte de « hiérarchisation » dans les gestes qui *« ne portent pas préjudice aux patients s'ils sont ratés »* Hiérarchisation informelle, «sauvage» où nous retrouvons la prise de tension artérielle, l'examen cytobactériologique des urines, un pansement simple, le changement d'une poche de perfusion, l'arrêt d'une perfusion et l'ablation d'une perfusion.

Pour **les cadres**, la difficulté réside dans la mise en place et l'accompagnement d'un changement, alors que les agents ont été sollicités plusieurs années pour des actes ne relevant pas de leurs compétences : *« Mais comment remettre chaque professionnel dans son domaine de compétences ? Il y a ce que l'on doit faire, ce que l'on veut faire, mais surtout il y a la manière de le faire. Alors, comment remettre des agents dans leur domaine de compétences et* ***éviter l'affrontement*** *? »*
Pendant de longues périodes (pénurie de personnel infirmier), l'aide-soignant exerçait des actes relevant du rôle de l'infirmier parce que cela *« arrangeait »*. Pour certains agents, qui ont vécu une réorganisation du travail et une clarification des rôles et des fonctions, une perte de l'estime de soi a été ressentie. L'image qu'ils renvoient aux autres membres de l'équipe, sans avoir le sentiment d'avoir commis une faute, est très difficile à vivre. *« Ils se sentent dégradés, dévalorisés. Si cela est imposé sans concertation, sans dialogue, sans travail en équipe au préalable, c'est inhumain »* souligne un cadre.
Il convient donc de repenser en priorité l'organisation des soins. Ne pas accepter les glissements de tâches, c'est tendre vers la qualité des soins pour une prise en charge optimale des personnes. *« Identifier, connaître le cadre juridique qui est en perpétuelle mouvance est primordial. La stricte application des textes est déjà un pas franchi vers une démarche qualité »* argue un directeur des soins.

B) Les effectifs

L'insuffisance des effectifs au sein des unités a été citée par les cadres de santé. Les personnels infirmiers et aide-soignants ont aussi avancé cet argument en fin d'entretien lorsque nous avons évoqué de façon explicite les glissements de tâches.
Le souhait de chacun est d'avoir des effectifs plus nombreux qui permettraient de répondre aux difficultés rencontrées lors d'un absentéisme ponctuel et des situations d'urgence. Tous évoquent la notion de risques liée à la problématique de pénurie de personnel qualifié actuel et futur. Sans oublier que cette situation est de nature à aggraver le phénomène des glissements de tâches.
Cependant, tous les cadres reconnaissent ne pas s'appuyer sur des indicateurs de charge de travail. Il leur est donc difficile d'objectiver la charge en soins mais ils estiment être tout de même en sous-effectif. C'est ainsi qu'en matière d'organisation des activités, l'analyse qualitative permettrait une réflexion au niveau de l'organisation entre les différents grades par l'analyse des types de soins ainsi qu'une mutualisation de certaines activités afférentes aux soins.
En matière de ressources humaines, l'analyse quantitative mais aussi qualitative, apporterait des éléments fiables, précis, comparables alimentant une argumentation en terme de besoins, ressources et compétences.

« … De surcroît, l'utilisation d'indicateurs d'activités dans un établissement garantit souvent des bénéfices secondaires que sont l'amélioration de la qualité des soins et la valorisation des pratiques… » indique un cadre de santé.

En revanche, deux services de l'hôpital B ne proposent, pour pouvoir régulariser la situation, qu'une augmentation des effectifs.

Pour un directeur des soins, le manque de personnel et les sous-effectifs représentent des motifs peu significatifs. Il pense que le travail doit être orienté vers les organisations. Toutefois, chaque directeur des soins s'accorde à dire qu'il est de sa responsabilité, en concertation avec la direction des ressources humaines, de répartir au mieux les moyens humains tant au niveau quantitatif qu'au niveau des compétences en fonction des besoins.

2.4.5 Les raisons liées aux stratégies des acteurs : des raisons informelles

Lors des entretiens avec les aides-soignants, nous avons recherché des informations sur le travail et les relations de travail qu'ils entretiennent. C'est ainsi que nous pouvons mettre en exergue deux axes principaux :

- les sentiments des aides-soignants par rapport à leur travail
- la nature des relations de travail avec les infirmiers.

A) Un réel sentiment de « sale boulot »

D'une manière générale, les aides-soignants interrogés n'ont pas un sentiment positif des tâches qu'ils pratiquent.

« On fait des toilettes, des changes, du ménage, tout ce que l'infirmière ne veut pas faire. » Un autre affirme : *« Je préfère travailler dans ce service car au moins, je peux faire plus de choses en général que dans les autres services. Et en plus, ce sont souvent les médecins qui nous le demandent. »*

L'acte technique est à l'hôpital largement mis en valeur. Les aides-soignants, qui ont suivi une formation, attendent une reconnaissance de la part des malades et de leurs partenaires de travail. Or, en accomplissant les soins de nursing, ils ne la trouvent manifestement pas.

Aussi, ils valorisent les relations qu'ils entretiennent avec les malades. *« Je connais bien les malades, je parle beaucoup avec eux, ils me racontent leurs problèmes, leurs soucis (…), l'infirmière souvent n'a pas le temps de parler avec eux. »*

Une autre nous fait part de sa difficulté à se positionner dans le service malgré la présence de profil de poste. *« J'ai eu du mal à trouver ma place (…) par contre, le travail est plus intéressant, les personnes moins âgées, la clientèle plus variée et on aide les médecins »* (service des Urgences)

L'enquête de l'hôpital B met en évidence, de la même façon, la demande de reconnaissance de tous ces gestes techniques faits sans autorisation légale.

B) Un besoin de valorisation certain

« Ce qui m'a tout de suite plu lorsque le cadre m'a demandé si je voulais bien vous rencontrer, c'est que vous parliez de nous, aides-soignantes et que vous souhaitiez travailler sur notre métier. »

Cette recherche de valorisation au sein de notre enquête ne s'est pas exprimée par une seule volonté d'accomplir des actes techniques spécifiques. Comme dans le premier extrait cité, le regard que pose l'autre sur le travail semble tout aussi important.

Ainsi, dans un autre service, l'expression de non-reconnaissance est verbalisée : *« Le médecin ne me connaît même pas, quand il arrive dans le service, il ne s'adresse qu'à l'infirmière et ne me dit pas toujours bonjour »*

« Dans l'équipe, on avance entre nous car les infirmières ne viennent pas nous aider, elles restent dans leur bureau même quand on n'a pas terminé notre travail »

Le manque de reconnaissance ressenti par les aides-soignants les incite à développer des stratégies d'adaptations.

C) Des relations de confiance

La spécificité du travail hospitalier, le côtoiement quasi-quotidien de la douleur, la souffrance, favorisent des relations souvent amicales, de «copinage » mais aussi de confiance. C'est ainsi que vont se créer des réseaux informels et des pratiques tout aussi informelles.

« En fait, il y a des infirmières qui me laissent faire beaucoup de choses parce qu'elles ont confiance, elles savent que je suis capable. On travaille depuis longtemps ensemble. Les jeunes infirmières sont plus administratives, elles ont peur et ne me laissent pas faire grand-chose » dit une aide-soignante.

Une infirmière corrobore ces dires : *« Pour certains soins, je demande à l'aide-soignante de le faire. C'est une aide-soignante que je connais et en qui j'ai confiance, en qui je reconnais des compétences. Mais cela peut aller au-delà du geste technique, elles peuvent participer à la prise de décision. »*

C'est ainsi que dans ce cas, les glissements de tâches ne sont plus ponctuels. C'est ici le résultat d'une situation où le problème n'est pas l'organisation du travail en elle-même mais tout ce qui tourne autour et qui rend la situation de travail plus floue.

GONNET F[38] écrit à ce sujet : *« Cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas essayer d'agir sur la confusion des tâches, mais délimiter, préciser les tâches entre deux catégories peut être totalement inefficace pour résoudre le problème de fond »*

---

[38] GONNET F., *L'hôpital en question(s)*. Paris : Editions Lamarre, 2003, p 130.

D) Les organisations

Suite à une étude réalisée de novembre 2000 à novembre 2002, dans six entreprises privées, un apprentissage professionnel informel a été mis en évidence. Quatre catégories d'apprentissage ont été relevées :

- ajustement
- dépassement (lié à l'innovation, l'autonomie, la prise d'initiation)
- signature personnelle (qui manifeste la touche personnelle de l'auteur)
- déviant (pour compenser des déficiences ou améliorer le confort du travail du salarié)

Dans le cadre de l'enquête de l'hôpital B, une proposition faite par un service est le travail en binôme infirmier/aide-soignant. Deux services de l'hôpital A sont organisés de cette façon. Ce sont les deux cadres de santé de ces mêmes unités qui nous ont répondu qu'il n'existe pas de glissements de tâches au sein de leurs services, du fait de cette organisation de travail en binôme.

Toutefois, une infirmière interrogée infirme ces dires. *« Il y a beaucoup plus d'actes faits par l'aide-soignante quand je suis présente dans la chambre avec elle. Elle prend la tension artérielle, déperfuse, fait un pansement simple. Nous divisons moins le travail et le faisons ensemble »*

De la même manière, les personnes interrogées dans l'autre unité relatent les mêmes relations de travail où les frontières entre professionnels sont floues. On observe un chevauchement dans la répartition des tâches et un partage plus souple du travail malgré une division officielle de celui-ci.

Cette organisation, en binôme, revalorise en même temps le travail de l'aide-soignant. La participation de l'infirmier aux soins de nursing contribue à abolir la distance entre l'infirmier et l'aide-soignant.

Ainsi pour PENEFF J.[39], *« la surqualification permanente de chaque professionnel subalterne par la pratique de gestes réservés au niveau supérieur est due à la proximité »*

2.4.6 Et si l'illégalité était devenue incontournable ?

Au cours de nos entretiens, trois ont particulièrement retenu notre attention en terme de prospective et de questionnement.

Les enjeux au regard de l'exercice professionnel sont nombreux. La loi ne peut valider l'exercice illégal d'une profession. Les diplômes existent et sont réglementés.

Dans une démarche prospective, serait-ce la valorisation de cette situation de glissements de tâches qui est nécessaire ?

---

[39] PENEFF J., *L'hôpital en urgence,* Paris : Editions Métailie, 1992, collection leçons de choses, p.108.

C'est dans ce sens qu'un directeur des soins s'interroge : *« (…) peut-être faut-il alors valoriser ces pratiques, car nous ne pouvons faire autrement en terme qualitatif et quantitatif (…) Et pourquoi ne pas envisager de n'avoir que des infirmières de différents niveaux ? »*
Un autre directeur des soins considère qu'au sein de chaque établissement, seules de petites actions peuvent être mises en place de façon contextuelle. Cependant, il énonce une autre possibilité qui serait de *« changer les catégories professionnelles et de travailler sur l'évaluation des acquis dans le cadre de la validation des acquis et de l'expérience. »*
Enfin, un cadre propose soit de repérer les glissements de tâches et les interdire, soit de former les personnes et encadrer les glissements de tâches.

2.5 Synthèse des résultats

Si l'échantillon restreint ne nous permet pas de généraliser les résultats, nous pensons toutefois pouvoir dire que nos hypothèses sont en partie validées.

- **Les glissements de tâches sont liés à la recherche d'une valorisation du travail des aides-soignants.**

Hormis les glissements de tâches conjoncturels, les propos des interviewés nous laissent appréhender cette recherche de reconnaissance professionnelle et de valorisation.
Cette valorisation se retrouve dans l'exécution de gestes techniques qui illustrent bien les glissements de tâches. Elle est recherchée auprès des malades et des partenaires de travail.
Nous pouvons nous interroger sur l'implication de l'aide-soignant dans la prise en charge du malade et sur **le sens** qu'il donne aux soins qu'il prodigue. La même interrogation peut être formulée pour les infirmiers qui délèguent **certains actes**.
Cependant, la recherche de valorisation par des actes techniques ne semble pas la seule cause des glissements de tâches.

- **Les glissements de tâches trouvent leurs origines dans un défaut de prise en compte des relations au travail.**

Nous avons souvent pu lire que le personnel du bas de la hiérarchie adopte le plus souvent des stratégies collectives. Dans notre travail, nous pouvons également dire que les aides-soignants et les infirmiers peuvent créer des relations de travail qui vont favoriser les glissements de tâches.

En sortant d'une stratégie de retrait qui les cantonnerait à ce qui est défini par le réglement, des relations de travail de confiance peuvent entraîner des glissements de tâches.

Toutefois, nous ne pouvons valider cette hypothèse qu'en partie. En effet, il semble que ce ne soit pas le défaut de prise en compte des relations de travail qui génère ces glissements de tâches mais les relations elles-mêmes.

- **Les glissements de tâches sont liés à une insuffisance de gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences en lien avec le projet de soins.**

Le directeur des soins contribue à préciser les responsabilités de chacun. Des procédures d'organisation, des organigrammes, des fiches de fonction et de postes permettent de définir les missions de chacun.

Les professionnels doivent connaitre leurs responsabilités vis à vis de leurs gestes et actes réalisés.

Dans ce travail, les effectifs et l'évolution des métiers ont été abordés. Une réelle gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences doit prendre en compte les glissements de tâches.

3 PROPOSITIONS

Le contexte socio-économique fait évoluer les organisations, par l'amélioration de la qualité des soins, la recherche de diminution des coûts, l'évaluation des performances, la responsabilisation des hommes et des femmes. La complexité du soin requiert des professionnels capables de s'adapter à des situations de travail diversifiées et imprévisibles.

Le directeur des soins anticipe, encourage, accompagne cette évolution dans les limites de ses compétences.

« Il coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assure l'animation et l'encadrement ; (…) il participe à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose l'affectation ; (…) détermine une politique d'évaluation des pratiques de soins et collabore à la gestion des risques »[40].

Le directeur des soins, en s'engageant dans une démarche qualité et une gestion des risques, identifie les niveaux de responsabilités. En conciliant les différentes logiques professionnelles, en articulant les pratiques, il met en évidence l'importance des compétences. Selon S LUCAS[41], l'un des grands bouleversements du système hospitalier est l'émergence de valeurs nouvelles. La professionnalisation croissante modifie le système de valeurs, jadis fondé sur la vocation et l'expérience, pour introduire des notions de compétences, de diplômes et de formation.

Comme nous l'avons abordé dans l'analyse des entretiens, la conception d'expérience est encore largement avancée par les professionnels qui acceptent de faire des actes pour lesquels ils ne sont pas habilités, ainsi que par les infirmiers qui délèguent des actes non délégables sous prétexte de l'expérience.

Le monde hospitalier a besoin de plus en plus d'expertise et de qualification. L'évolution des métiers, l'évolution des attentes des malades, l'amélioration continue de la qualité, la démarche d'accréditation, impliquent un regard particulier au niveau des zones frontières qui sont toujours à l'origine d'une baisse de la qualité.

C'est ainsi que le directeur des soins valorise les ressources humaines, définit une politique globale qui inclut les dimensions de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, de la formation, de l'information et de la communication. Concomitamment, il est important de proposer des outils pour aider les professionnels à se positionner.

---

[40] Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

[41] LUCAS S., Les enjeux des ressources humaines dans le management, cours ENSP, décembre 2003.

3.1 Préalables

Dans un premier temps, nous tenons à préciser notre attachement à un management participatif. Celui-ci se base sur la responsabilité, la responsabilisation des acteurs, la collaboration et la complémentarité. La participation des personnes aux projets contribue à l'appropriation de nouveaux objectifs. Ainsi, la considération portée aux acteurs favorise leur adhésion au sein de l'établissement et les dynamise.

Le management participatif renforce souvent les alliances entre acteurs, les accords et les marchés. C'est une pratique au quotidien qui ne se décrète pas. Souhaitant une cohérence organisationnelle et institutionnelle, nous nous situons dans un pouvoir partagé.

3.2 Valoriser les Ressources Humaines

3.2.1 En donnant du sens

A) Donner du sens à travers un projet de soins

Une réalité ne prend sens qu'à travers la prise de conscience de celui qui la regarde. Le sens que les personnes donnent à leur travail, et celui que nous donnons à la prise en charge du malade ont un impact sur les organisations. Ce sens n'est pas arrêté de façon définitive. Il est le produit de l'activité humaine. C'est une structure affective qui repose sur un certain nombre de facteurs dont la notion de **projet**. Dans la loi du 31 juillet 1991[42] portant réforme hospitalière, le service infirmier a l'obligation d'élaborer un projet constitutif du projet d'établissement.

Le projet participe à une définition du sens. Il valorise ce qui va permettre de donner du sens à l'action des personnels. Le directeur des soins sollicite et organise une réelle participation à l'élaboration du projet de soins. Le projet de soins implique tous les acteurs des services de soins. Il fédère les équipes autour des valeurs et donne du sens à leurs actions.

Le directeur des soins doit, pour les équipes, être le «porteur de sens ». Cela nous semble important d'autant qu'au regard de notre enquête, nous pouvons penser que le sens des actions des aides-soignants est oublié, dévalorisé, déprécié.

Il s'agit de valoriser le soin, permettre à chacun de comprendre pourquoi il travaille : chaque geste de chaque acteur est indispensable pour le bien-être du malade et pour la qualité du soin. Chaque geste de chaque acteur tend à cette qualité. Ceci passe également par une définition des missions et des valeurs professionnelles et soignantes.

---

[42] Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Le projet mobilise, fédère, donne du sens au travail de chacun. Le projet de soins est un guide pour le personnel. Les valeurs prônées par celui-ci donnent un sens aux actions quotidiennes. Ainsi, ce projet a un sens en tant qu'acte de management, centré sur l'intérêt porté au travail de chaque individu.

B) Donner du sens aux actes professionnels

Quel sens le directeur des soins veut-il donner aux soins de confort et d'entretien de la vie ? L'aide-soignant est un professionnel de santé qui participe à la prise en charge **globale** des personnes dans le cadre du rôle propre infirmier. Son rôle s'inscrit dans une approche globale qui, outre la participation aux soins de nursing, implique une prise en charge psychologique et comportementale de la personne.[43] Faire une toilette dans un service de court séjour n'est pas seulement un acte d'hygiène. C'est prendre soin du malade au même titre que les autres professionnels de l'institution. L'aide-soignant, par son regard, par l'approche plus intime qu'il entretient avec le patient, est un maillon indispensable pour la prise en charge globale du malade. Cette utilité prend donc aussi une dimension sociale dans le projet de soins. (à l'élaboration duquel l'aide-soignant participera)

L'activité de chaque catégorie professionnelle est mise en valeur en la clarifiant et en définissant le sens que chacun lui donne. Conjointement, ceci aura pour effet de délimiter la compétence de chaque catégorie professionnelle.

3.2.2 En mobilisant l'équipe d'encadrement

Afin d'assurer une cohérence du service de soins, l'accompagnement des équipes ne peut se faire sans l'équipe d'encadrement[44]. Pour cela, nous nous appuyons sur la dynamique du service de soins afin que les cadres soient d'une part, des relais et d'autre part, une force de mobilisation au sein des unités. Pour y parvenir, le directeur des soins instaure des temps de réflexion, favorise la formation et accompagne l'équipe d'encadrement.

Le cadre de santé a un rôle essentiel à jouer au niveau organisationnel dans les services de soins. Il sera la courroie de transmission et, en collaboration avec l'équipe médicale de son unité, impulsera la dynamique nécessaire à l'élaboration et la déclinaison du projet de service. L'élaboration et le suivi de celui-ci offrira l'opportunité de fédérer les équipes autour de valeurs et d'objectifs communs.

---

[43] Groupe d'Etudes de Recherche et d'Action pour la Formation d'Aides-Soignants, Référentiel métier aide-soignant, 2003.

[44] Par équipe d'encadrement, nous entendons les cadres de santé et les cadres supérieurs de santé, chacun à leur niveau étant des intermédiaires indispensables.

3.2.3 En accordant du temps

Le directeur des soins dispose également, en dehors d'une politique d'intéressement, de moyens de reconnaissance et de valorisation individuelle des personnels placés sous sa responsabilité. Leur consacrer du temps, lorsqu'ils en ont besoin, signifie reconnaissance de leur fonction, de leur place et de leur importance au sein de l'institution. Par ailleurs, le directeur des soins proposera et argumentera auprès du directeur d'établissement et du directeur des ressources humaines, les moyens nécessaires à des actions correctrices, à des besoins en matière de formations collectives ou individuelles.

Valoriser les ressources humaines en donnant du sens aux missions des différents acteurs, en impliquant l'équipe d'encadrement ne saurait être suffisant pour prévenir les situations de glissements de tâches. Le directeur des soins se doit également de définir une politique globale (gestion prévisionnelle des emplois et des compétences) en collaboration avec le directeur des ressources humaines.

3.3 La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

Le directeur des soins doit collaborer avec la direction des ressources humaines à une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Cette politique permettra de réfléchir et d'identifier les missions, le rôle des professionnels de santé et notamment des infirmiers et des aides-soignants dans notre cas.

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est une approche **dynamique,** logique de la gestion des hommes dans une organisation qui consiste à prévoir et projeter ses besoins et ses ressources en personnel. Elle s'appuie sur un plan stratégique qui est défini par les orientations générales de l'établissement. Elle permet de prévenir les situations de sur ou de sous-effectif, de sur ou de sous-qualification et donc de façon plus globale toutes les situations d'inadaptation et d'inadéquation entre les besoins et les ressources humaines. L'éclairage apporté par cette démarche favorise l'élaboration de politiques précises et pertinentes, en anticipant sur l'avenir, en matière de recrutement, de gestion des carrières, de mobilité et de formation. Elle permet de réduire les écarts entre les besoins et les ressources quantitatives et qualitatives.

Selon BATAL C.[45], la gestion des ressources humaines vise à identifier les écarts quantitatifs et qualitatifs entre les besoins et les ressources pour s'employer à les réduire. Elle le fait en temps réel c'est à dire sur la base de constats qui traduisent déjà des écarts. Or, ces écarts génèrent forcément **des dysfonctionnements** alors que la gestion prévisionnelle va tenter de réduire les écarts **avant** qu'ils n'apparaissent c'est à dire avant qu'ils puissent poser des problèmes à l'organisation.

---

[45] BATAL C., *La gestion des ressources humaines dans le service public.* Paris : Editions d'Organisation, 2000, tome 2, Collection service public de la mission au métier, 253p.

3.3.1 Le métier

Directeur des soins, nous contribuons avec l'ensemble des acteurs à définir les métiers d'aide-soignant et d'infirmier au sein de l'établissement. Il est indispensable de travailler sur les définitions de fonctions, les zones de compétences et la notion de responsabilité.

Ainsi, un groupe pluridisciplinaire impliquant l'équipe d'encadrement, les infirmiers, les aides-soignants et la direction des ressources humaines sera mis en place, en fonction du contexte et de l'environnement.

Ce groupe de travail pourra dans un premier temps faire l'analyse de l'existant. Cette analyse pourra être réalisée à partir des données recueillies dans la littérature mais aussi à partir d'un recueil sur le terrain. En effet, une gestion prévisionnelle dans notre cas devra s'appuyer sur une observation précise des glissements de tâches.

Cette analyse basée sur des données à la fois qualitatives et quantitatives permettra également d'effectuer une étude plus prospective dans le cadre de l'évolution des métiers.

Déjà en 1998, Bernard KOUCHNER dans son discours du 27 mai, évoquait la nécessaire évolution des compétences de l'infirmier. La protocolisation des actes délégués dans le domaine de la douleur était le premier signe concret de cette évolution au travers de la circulaire du 11 février 1999[46]. Un protocole peut être établi par les médecins en collaboration avec les infirmiers. Il décrit une stratégie de soins. Les infirmiers peuvent accomplir des actes nécessaires sans se référer à chaque fois au médecin dès lors que ces actes s'inscrivent dans le protocole.

De la même façon, nous pouvons nous interroger sur l'évolution actuelle des métiers d'infirmier et d'aide-soignant. Un repérage clair d'actes comme nous le préconisons pourrait constituer pour le directeur des soins un outil d'aide lui permettant de manager cette tension entre légalité et légitimité.

Ce travail préalable nous donnera l'occasion de déterminer les compétences nécessaires pour les professionnels infirmiers et aides-soignants.

3.3.2 Le référentiel de compétences

L'une des grandes phases de la gestion des effectifs et des compétences consiste à repérer et décrire les activités, les compétences actuelles et futures requises.

Le référentiel sera conçu par chaque catégorie professionnelle. Il est indispensable de valoriser les complémentarités ainsi que la richesse due à la pluridisciplinarité du groupe.

---

[46] Circulaire DGS/DH/DAS n° 99/84 du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales.

Les référentiels sont des outils d'étalonnages qui permettent d'identifier des degrés de maîtrise actuels et futurs. Ils nous serviront de supports, de standards lors de l'évaluation des compétences et pour définir les profils de poste.

Cependant, la connaissance des besoins qualitatifs institutionnels ne saurait être suffisante, le point de vue quantitatif est également essentiel.

3.3.3 La connaissance des besoins quantitatifs

Le directeur des soins contribue, après analyse de la situation, à la gestion des personnels en apportant au directeur des ressources humaines un éclairage et ses connaissances spécifiques. De plus, responsable de la qualité des soins, il s'emploie à répondre aux besoins des patients et des équipes, en gérant de manière optimale les moyens disponibles. Sa responsabilité réside dans la définition des projets et **la répartition** des moyens humains, en fonction des compétences et des ressources.

L'inadéquation des compétences et des moyens disponibles au regard du résultat visé est source de défaillance latente. Les glissements de tâches, en matière de ressources humaines, sont le type de défaillances qui conditionnent le plus d'accidents.[47]

Toutefois, cette gestion ne saurait être faite sans une véritable communication.

3.3.4 La communication

Travailler sur les emplois et les compétences actuels et futurs est générateur d'inquiétudes et d'incertitudes pour l'ensemble des agents. C'est pourquoi, en concertation avec la direction des ressources humaines, un plan de communication doit être formalisé. Il s'agit d'un travail d'équipe qui doit être conduit comme un projet. (objectifs, buts, organisation, planification, actions à réaliser, mise en œuvre, contrôle et tableaux de suivi ou de bord).

Le directeur des soins prévoira des rencontres avec les équipes d'encadrement. Ces temps seront consacrés à la clarification des fonctions, des textes législatifs et de l'organisation du travail ainsi qu'aux difficultés rencontrées.

Il sera également envisagé de rencontrer les partenaires sociaux pour expliciter la démarche et présenter l'évolution du travail au sein des unités.

Le directeur des soins participera également aux différentes étapes de la communication auprès des différentes instances institutionnelles : Commission Médicale d'Etablissement et Comité Technique d'Etablissement notamment.

Conjointement à la valorisation des personnels et à la mise en place concertée avec la direction des ressources humaines d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, le directeur des soins facilitera un positionnement clair des professionnels,

---

[47] PILLET-MOREELS C., La responsabilité : nouveaux risques, nouvelles responsabilités, cours ENSP, avril 2004.

afin de passer de glissements de tâches structurels à des glissements de tâches conjoncturels.

3.4 La mise en place de moyens

3.4.1 Un système de signalements

De nombreuses démarches d'origine professionnelle, managériale ou réglementaire visent à maîtriser les risques. Ces démarches sont souvent conduites par thèmes.

La gestion des risques est une méthode permettant à une organisation l'identification, l'analyse et la maîtrise des dysfonctionnements qui ont ou auraient pu causer des dommages à un malade, un visiteur ou à un membre du personnel.

Un système fiable n'est pas un système dans lequel on ne commet pas d'erreur ; c'est un système dans lequel on aura mis en œuvre les moyens nécessaires pour détecter ou repérer l'erreur. Si nous nous reportons au procès cité dans notre première partie, l'existence de glissements de tâches a été qualifiée de « connue » par le tribunal. Cette connaissance a été déduite du fait de la persistance de ce glissement de tâches sur une longue durée. Le directeur des soins ne pouvait alors ignorer ces faits car il lui incombe de tout mettre en œuvre pour connaître la réalité du terrain. Or, comme nous l'avions déjà vu, une tâche effectuée par une personne n'ayant pas la qualification requise, peut mettre en jeu la sécurité du patient. De surcroît, elle met en jeu sa responsabilité. Personne ne peut contester que le risque zéro n'existe pas en médecine, mais le risque évitable existe.

Dans son rapport sur la place des usagers dans le système de santé en mars 2000, CANIARD E[48] écrivait que seul un raisonnement fondé sur le risque évitable permettrait de vraiment s'engager dans une démarche d'amélioration de la qualité.

La démarche de gestion des risques doit être fondée sur trois principes:

- l'impossibilité de supprimer les erreurs (dans notre cas, les glissements de tâches conjoncturels)
- la nécéssité d'intégrer des mécanismes de lutte contre l'erreur. Un système doit se protéger en amont (des opérateurs), en luttant contre les circonstances favorisant les erreurs (défaillances latentes), et en aval, en mettant en place des défenses en profondeur pour diminuer les conséquences des erreurs. Ces actions de prévention peuvent être des actions en terme de gestion des ressources humaines (recrutement, qualification), de mise en place de procédures...
- La nécessité d'une approche positive et non punitive de l'erreur.

[48] Conférence Nationale de Santé, Paris, rapport 2000.

Il faudra pour cela installer un climat favorable. Le directeur des soins veillera à créer les conditions nécessaires à la confiance. Il proposera des solutions économiquement viables fondées sur des faits et des résultats. C'est pour cela qu'il proposera d'inclure dans un système de signalements des événements indésirables «une rubrique organisation du travail ». En fonction de l'organisation de l'établissement, la proposition peut être de créer une fiche de dysfonctionnements spécifique.

Le signalement des événements indésirables est nécessaire pour l'accréditation, indispensable pour identifier les dysfonctionnements, utile pour l'identification de non-conformité. C'est une stratégie d'amélioration continue de la qualité.

Mettre en œuvre une fiche de signalements facilite une remontée d'informations de l'équipe d'encadrement. Cette fiche pourrait être composée de quatre principales rubriques :

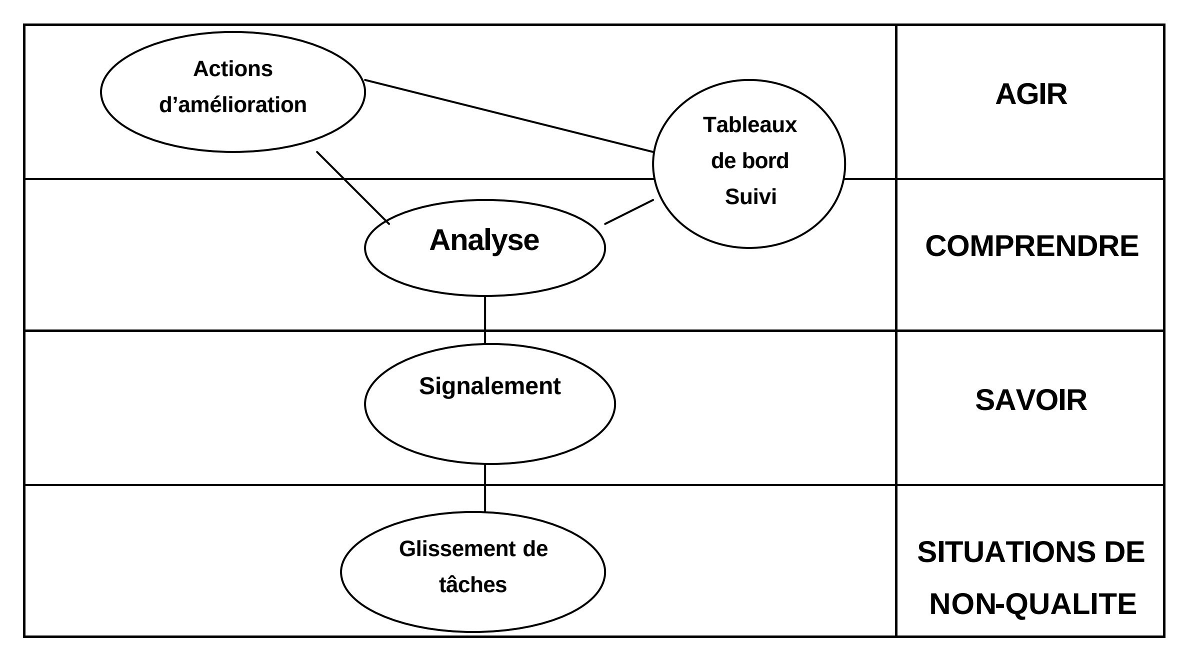
- l'objet du glissement de tâches
- les causes du glissement de tâches
- le diagnostic posé par le déclarant
- le temps consacré pour gérer ce dysfonctionnement

L'intérêt d'une telle fiche est d'impliquer le cadre de santé dans l'analyse de la situation.

↳ C'est **une situation ponctuelle** : il mesure le risque, la conséquence du dysfonctionnement (du glissement de tâches) et informe la direction des soins, soit l'institution, de la conséquence.

↳ C'est **une situation qui s'installe** : c'est un défaut organisationnel dû à un problème d'effectif, de gestion de carrière, d'organisation du travail…

Une analyse mensuelle de ces fiches par la direction des soins permet une vision fine des difficultés rencontrées dans l'établissement. Le directeur des soins aura la possibilité de connaître, comprendre et agir sur des situations de non-qualité.



Cependant, une démarche de gestion des risques consiste aussi à, prendre conscience de l'existence de déviances, à les identifier et à les traiter. La déviance correspond à un mécanisme d'adaptation du système. Elle peut être source de performance. Dans notre cas, l'analyse a mis en évidence ce type de notion. Tolérée dans un premier temps par la hiérarchie, elle est devenue une habitude que chacun oublie et considère comme normale. C'est pourquoi, le directeur des soins ne peut se contenter d'un système de signalements. Mettre en place un outil pour appréhender les situations de non-conformité semble judicieux.

3.4.2 L'audit

L'objectif de l'audit est double. Il permet, d'une part de mesurer l'écart entre les pratiques réelles (travail réel) et ce que l'on en attend (travail prescrit), d'autre part de recenser et d'identifier les problèmes dans un but d'amélioration.
Il ne doit pas être confondu avec des activités de surveillance et de contrôle menées dans le but de sanctionner.
Il existe deux types d'audit : l'audit externe et l'audit interne. L'audit interne est réalisé par des auditeurs préalablement formés appartenant à l'établissement de santé.
La méthode de l'audit comporte trois phases[49]. Dans notre cas, il s'agira dans un premier temps de préparer celui-ci. C'est une étape essentielle qui ne doit pas être négligée. Elle conditionnera le déroulement satisfaisant ou non de la suite de l'audit. Cette phase permettra d'établir un calendrier, de désigner le ou les auditeurs, d'étudier tous les documents nécessaires (lois, décrets, circulaires, protocoles,…) et de construire une grille d'entretien et d'observation. Cette grille doit faire l'objet d'une diffusion massive, le but n'étant pas d'évaluer, il est important que les audités connaissent les critères retenus.
La réalisation de l'audit s'effectuera en trois étapes :

- la réunion d'ouverture,
- la conduite de l'audit,
- et la réunion de clôture.

La réunion d'ouverture contribue à l'instauration d'un climat de confiance. La conduite de l'audit correspond au recueil des informations et observations s'appuyant sur des preuves écrites et des faits concrets. Elle a pour but de connaître la réalité du fonctionnement et de l'organisation. La réunion de clôture sera l'occasion de présenter les résultats de l'audit et permet de s'assurer que les constats sont compris par les audités.

---

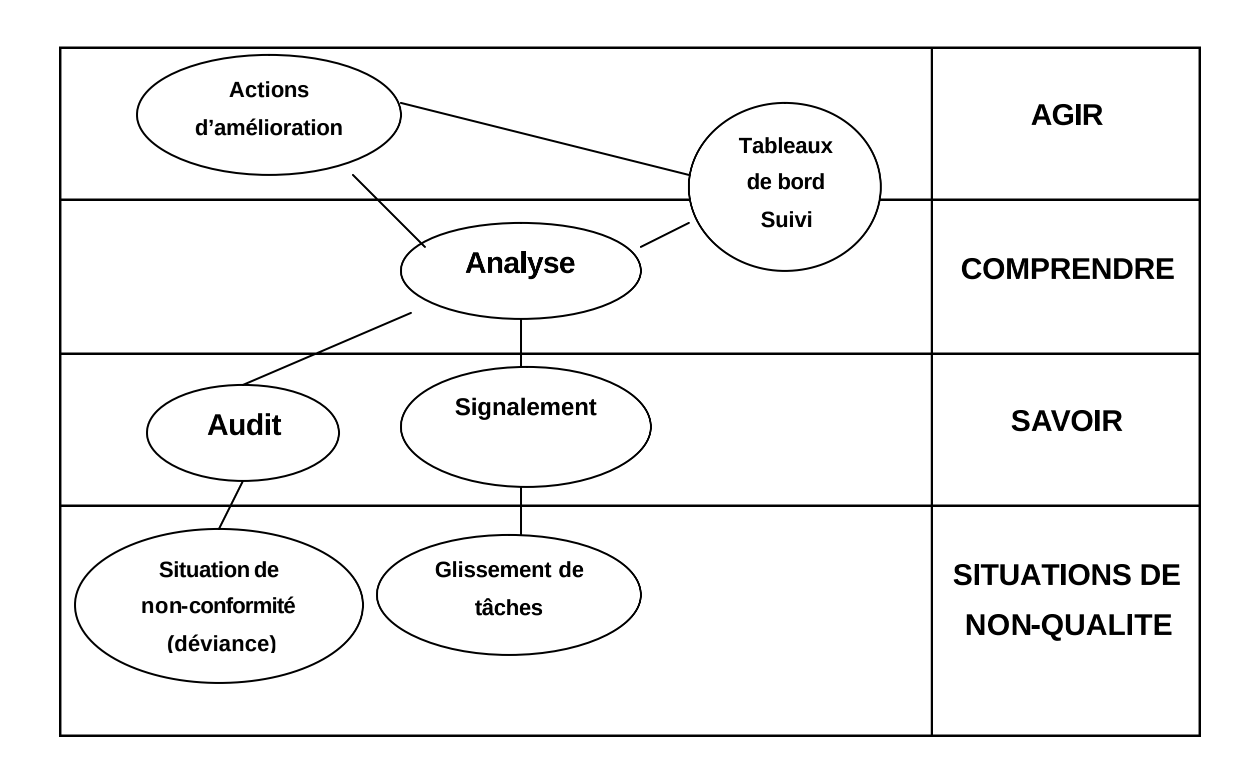
[49]GASCHARD P. ,L'audit, cours diplôme d'université qualité-santé, UFR Médecine-pharmacie, Tours, 2000

Le rapport de l'audit est formulé de manière à mesurer les écarts observés. La mise en place d'actions correctives relèvera de la responsabilité du directeur des soins en collaboration avec l'équipe d'encadrement. Elles figurent dans un plan d'actions.

Cependant, au-delà de l'élément purement méthodologique, l'audit a une dimension humaine qui nécessite une relation de confiance. L'audit peut constituer un véritable levier de changement et d'amélioration continue de la qualité, mais il doit pour cela être utilisé avec prudence. Avoir recours à un audit d'analyse des pratiques professionnelles et organisationnelles démontre de la part de la direction des soins une volonté de transparence et d'objectivité.

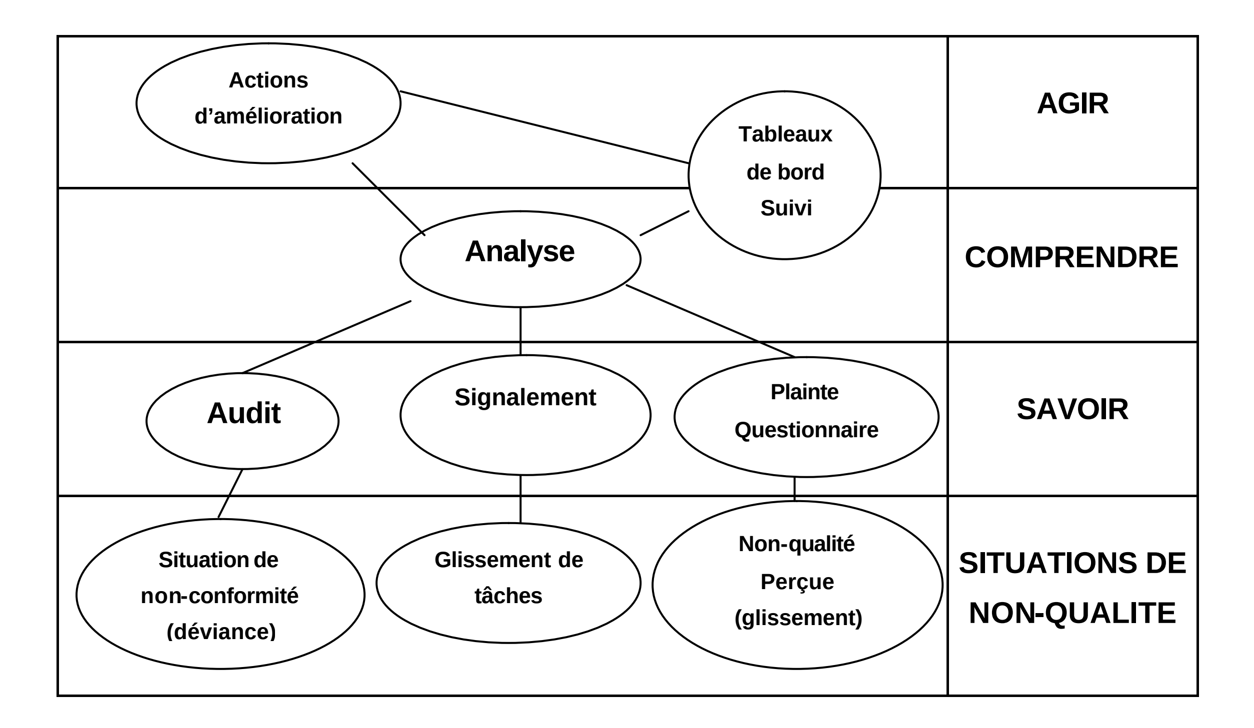
Toutefois, la démarche d'audit peut également perturber, voir déstabiliser le système car, il ne faut pas oublier que les acteurs, pour maintenir la zone de pouvoirs qu'ils contrôlent, peuvent faire obstacle à tout ce qui menace leur autonomie.

Il est par conséquent important d'accompagner cet audit, afin qu'il soit perçu non seulement comme un outil de progrès, mais également comme un outil de management pour les cadres de santé. L'audit comporte effectivement une dimension pédagogique consistant à guider les équipes dans leur réflexion et leur organisation.



3.4.3 Le questionnaire de sortie

Afin de compléter le système d'information, il est tout aussi important de tenir compte de la non-qualité perçue par les usagers. Aussi, en relation avec la direction chargée du traitement des questionnaires de sortie et des dossiers de plaintes, le directeur des soins pourra compléter son analyse et fiabiliser son réseau d'information.



Comme nous venons de le voir, l'objectif est de rompre la loi du silence et de banaliser le phénomène de déclarations des incidents, dysfonctionnements et plus précisément dans notre cas des glissements de tâches. L'objectif ne sera jamais d'aller chercher à qui revient la faute. Cependant, tout en préservant l'anonymat, le directeur des soins informe, communique les résultats et fixe les limites à ne pas franchir.

3.4.4 L'information

L'information doit se faire au début de la démarche. Vouloir assurer des soins de qualité et donc garantir une sécurité pour les usagers et pour les personnels est le message à délivrer en première intention.

Au travers de l'information, il faut amener chaque acteur à se questionner sur ses pratiques au quotidien.

L'information peut concerner plusieurs axes :

- l'information concernant **les résultats** de l'analyse des dysfonctionnements
- l'information concernant **la gestion** des effectifs et des compétences
- l'information concernant **l'évolution** des textes, des normes, des lois
- l'information concernant **la responsabilité** de chacun au sein de l'institution

Cette information peut se faire de façon écrite par le biais d'une note de service, mais aussi par le biais d'un journal interne par exemple. Elle doit être complétée par des réunions animées par le directeur des soins et l'équipe d'encadrement.

De la même manière, les différentes instances de l'établissement seront informées et consultées.

CONCLUSION

Dans l'optique d'une plus grande efficacité et d'une sécurité optimale pour l'usager, l'hôpital est sans cesse amené à remettre en cause son fonctionnement. Cela implique de connaître l'organisation de travail, les activités, la législation et les hommes qui la composent. L'établissement doit gérer de façon rationnelle ses ressources humaines. Aussi, il convient de rechercher pour chaque poste la personne la plus compétente.

Cependant, derrière cet aspect organisationnel et défini (travail prescrit), nous retrouvons des acteurs, avec leur zone d'autonomie et leurs besoins. Ces derniers doivent avoir une vision claire de leur place, de leurs responsabilités et de leur contribution au sein de l'établissement.

Les glissements de tâches représentent un risque pour la personne prise en charge. Le directeur des soins, responsable de la qualité des prestations soignantes, a un rôle primordial dans l'organisation des soins et la prise en compte des relations au travail. A ce titre, il lui appartient en lien avec les différents acteurs de l'institution de veiller à mettre en place un système d'informations fiable concernant les glissements de tâches. Par ailleurs, la définition des projets, la répartition des moyens humains en fonction des compétences et des ressources, la proposition d'outils qui s'appuient sur la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences permet au directeur des soins de mettre en place une stratégie.

La réalité du terrain (existence de glissements de tâches), le contexte démographique, la demande de valorisation et de reconnaissance favorisent cet état de faits.
Le monde hospitalier entre actuellement dans une réflexion sur l'évolution des métiers. C'est pourquoi, nous nous posons la question suivante : Les fonctions d'infirmiers et d'aides-soignants doivent-elles évoluer, être repensées afin de répondre au problème de glissements de tâches, de frontières entre légalité et légitimité ?

Bibliographie

OUVRAGES

ARBORIO AM., *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris : Anthropos, 2001, collection sociologiques, 334p.

ALECIAN S., FOUCHER D., *Le management dans le service public*. Paris : Editions d'Organisation, 2002, 446p.

BATAL C., *La gestion des ressources humaines dans le service public.* Paris : Editions d'Organisation, 2000, collection service public de la mission au métier, 253p.

BERNOUX P., *La sociologie des organisations*, Paris : Edition du seuil, 1985, 382p.

CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*. Paris : Le Seuil, 1981, collection Points, 500p.

GENELOT D., *Manager dans la complexité.* Paris : 3ème éd. INSEP CONSULTING, 2001, 357p.

GONNET F., *L'hôpital en question(s)*. Paris : Editions Lamarre, 2003, 272p.

GRAWITZ M., *Méthodes des sciences sociales*, Paris : 9ème Editions Dalloz, 1993, 870p.

Le BOTERF G., *De la compétence, essai sur un attracteur étrange.* Paris : Les Editions d'Organisation,.1995, 175p.

Le BOTERF G., *De la compétence à la navigation*. Paris :Les Editions d'Organisation,.1998, 328p.

Le BOTERF G., *L'ingénierie des compétences*. Paris : Editions d'Organisation, 2000, 445p.

PENEFF J., *L'hôpital en urgence,* Paris : Editions Métailie, 1992, collection leçons de choses, 264p.

PERRENOUD P., *Construire des compétences dès l'école.* Issy les Moulineaux : ESF éditeur, 1997, 125p.

VEGA A., *Une ethnologue à l'hôpital.* Paris : Editions des archives contemporaines,2000, 212 p.

ARTICLES DE PERIODIQUES

Pr AMALBERTI., « Une vision systémique des risques à l'hôpital », *Rencontre AP-HP : vers une meilleure maîtrise des risques à l'hôpital*, 26 et 27 mars 2002, dossier documentaire.

ARBORIO AM., « Quand le sale boulot fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital ». *Sciences sociales et santé*, septembre 1995, vol 13, n°3,p.109.

BENLAHOUES D., « Histoire de la profession d'aide-soignante ». *Revue de l'aide soignante*, juin 2002, n°38, p.15.
CHARLERY A. «Stagiaires, mode d'emploi ». *Décision Santé*, décembre 2002, n°190, pp.26-27.
FRIEDBERG E., « l'analyse sociologique des organisations ». *Pour,* 1988, n°28, 126p.
HERAULT B., Soins infirmiers : sens, non sens, d'une pratique, « Les travailleurs et leur qualification : de la spécialisation à la compétence*», sociologie santé,* décembre1997,n°17, pp 73-102.
KLEIN F., « Transfert de compétences : une solution si les esprits sont prêts ». *Décision Santé*, octobre 2002, n°188, p 15.

TEXTES DE LOI

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. - Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *Journal officiel de la République Française,* n° 54, 5 mars 2002, p. 4118.
REPUBLIQUE FRANCAISE, 1991. - Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. *Journal officiel de la République Française,* n° 179, 2 août 1991.
REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. - Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière. *Journal officiel de la République Française,* n° 98, 25 avril 1996, p. 6324.
REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. - Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. *Journal officiel de la République Française, 23 avril 2002,* n° 95, p. 7187.
REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. - Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. *Journal officiel de la République Française,* n° 40, 16 février 2002, p. 3040.
REPUBLIQUE FRANCAISE, 1993. - Décret n°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers. *Journal officiel de la République Française,* n° 41, 18 février 1993.
REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004. - Arrêté du 5 janvier 2004 modifiant l'arrêté du 22 juillet 1994 relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant et au diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture. *Journal officiel de la République Française,* n° 29, 4 février 2004, p. 2437.
Circulaire DGS/DH/DAS n° 99/84 du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales, texte non paru au journal officiel, grille de classement : SP 4 43.

Circulaire DGS/PS3/DH/FH 1 n°96-31 du 19 janvier 1996 relative au rôle et aux missions des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture dans les établissements hospitaliers.

DOCUMENTS

ANAES., *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, juin 2003.
ANAES., *Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé*, janvier2003.
Ministère, *Normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers*, 2ème édition, septembre 2001.
Groupe d'Etudes de Recherche et d'Action pour la Formation d'Aides-Soignants, *Référentiel métier aide-soignant*, 2003.

MEMOIRE

CHAVALLARD N., Les aides-soignants en unités d'admission de psychiatrie générale : Le développement de compétences par la dynamique d'équipe, ENSP, filière des Infirmiers Généraux, 1999.

COURS

BARTHES.R, Gestion prévisionnelle des Effectifs et des Compétences, cours ENSP, novembre 2003.
BOUDET G., Validation des Acquis et de l'Expérience, cours ENSP, décembre 2003.
LUCAS S., Les enjeux des ressources humaines dans le management, cours ENSP, décembre 2003.
PILLET-MOREELS C., La responsabilité : nouveaux risques, nouvelles responsabilités, cours ENSP, avril 2004.
SCHWEYER.FX, sociologie de l'organisation hospitalière, cours ENSP, septembre 2003.
GASCHET P., L'audit, cours diplôme d'université qualité-santé, UFR Médecine-pharmacie, Tours, 2000.

Liste des annexes

ANNEXE N° 1 : Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

ANNEXE N° 2 : Annexe de l'arrêté du 5 janvier 2004 modifiant l'arrêté du 22 juillet 1994 relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant et au diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture.

ANNEXE N° 3 : Grilles d'entretiens

ANNEXE N°4 : L'enquête du centre hospitalier C concernant les dépassements de fonction

ANNEXE 1

Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité et du ministre délégué à la santé,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le décret n° 90-1118 du 18 décembre 1990 modifiant le décret n° 47-1544 du 13 août 1947 instituant un diplôme d'Etat de puériculture ;

Vu le décret n° 91-1281 du 17 décembre 1991 modifiant le décret n° 88-903 du 30 août 1988 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation ;

Vu le décret n° 92-48 du 13 janvier 1992 modifiant le décret n° 71-388 du 21 mai 1971 portant création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier de salle d'opération ;

Vu le décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et des infirmières ;

Vu l'avis de la commission des infirmiers du Conseil supérieur des professions paramédicales en date du 23 février 2001 ;

Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine en date du 26 juin 2001 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,
Décrète :

Article 1

L'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel. Ils

exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.

Article 2

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;

2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;

3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;

4° De contribuer à la mise en oeuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;

5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

Article 3

Relèvent du rôle propre de l'infirmier les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.

Dans ce cadre, l'infirmier a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions de l'article 5 ci-après. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

Article 4

Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration

d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article 3.

Article 5

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;

Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;

Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;

Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ; vérification de leur prise ; surveillance de leurs effets et éducation du patient ;

Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article 6 ci-après, et changement de sonde d'alimentation gastrique ;

Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;

Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire de changement de sondes vésicales ;

Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;

Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;

Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;

Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;

Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;

Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;

Ventilation manuelle instrumentale par masque ;

Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil

Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;

Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;

Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;

Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux visés à l'article 6 ci-après ;

Prévention et soins d'escarres ;

Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;

Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;
Toilette périnéale ;
Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;
Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;
Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;
Irrigation de l'oeil et instillation de collyres ;
Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;
Surveillance de scarifications, injections et perfusions visées aux articles 6 et 8 ci-après ;
Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;
Pose de timbres tuberculiniques et lecture ;
Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;
Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;
Surveillance des cathéters, sondes et drains ;
Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article 9, et pratique d'examens non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;
Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;
Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes :
a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène (pH) ;
b) Sang : glycémie, acétonémie ;
Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;
Aide et soutien psychologique ;
Observation et surveillance des troubles du comportement ;
Dans le domaine de la santé mentale, l'infirmier accomplit en outre les actes ou soins suivants :
a) Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;
b) Activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe ;
c) Surveillance des personnes en chambre d'isolement ;
d) Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier et le patient.

Article 6

Outre les actes et activités visés aux articles 11 et 12, l'infirmier est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

Scarifications, injections et perfusions autres que celles visées au deuxième alinéa de l'article 8 ci-après, instillations et pulvérisations ;

Scarifications et injections destinées aux vaccinations ou aux tests tuberculiniques ;

Mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicrânienne ;

Surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin ;

Injections, et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :

a) De produits autres que ceux visés au deuxième alinéa de l'article 8 ci-après ;

b) De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article 10 ci-après.

Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier et transcrit dans le dossier de soins infirmiers ;

Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article 5 ci-dessus ;

Pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets ;

Renouvellement du matériel de pansements médicamenteux ;

Réalisation et surveillance de pansements spécifiques ;

Ablation du matériel de réparation cutanée ;

Pose de bandages de contention ;

Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention ; renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux ;

Pose de sondes gastriques en vue de tubage, d'aspiration, de lavage ou d'alimentation gastrique ;

Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article 9 ci-après ;

Instillation intra-urétrale ; injection vaginale ;

Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal ;

Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie ; soins et surveillance d'une plastie ;
Participation aux techniques de dilatation de cicatrices ou de stomies ;
Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin ;
Participation à l'hyperthermie et à l'hypothermie ;
Administration en aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux ;
Soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale ;
Lavage de sinus par l'intermédiaire de cathéters fixés par le médecin ;
Bains d'oreilles et instillations médicamenteuses ;
Enregistrements simples d'électrocardiogrammes, d'électro-encéphalogrammes et de potentiels évoqués sous réserve des dispositions prévues à l'article 9 ci-après ;
Mesure de la pression veineuse centrale ;
Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitorage, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ;
Pose d'une sonde à oxygène ; installation et surveillance des personnes placées sous oxygénothérapie normobare et à l'intérieur d'un caisson hyperbare ;
Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique ;
Saignées ;
Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux ;
Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie ;
Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles ;
Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions ;
Recueil aseptique des urines ;
Transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale ;
Soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ;
Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapique ;
Mise en oeuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier et le patient, et des protocoles d'isolement.

Article 7

L'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.

Article 8

L'infirmier est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :

Injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, lorsque le produit l'exige, un contrôle d'identité et de compatibilité obligatoire effectué par l'infirmier ;

Injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection ;

Préparation, utilisation et surveillance des appareils de circulation extracorporelle ;

Ablation de cathéters centraux et intrathécaux ;

Application d'un garrot pneumatique d'usage chirurgical ;

Pose de dispositifs d'immobilisation ;

Utilisation d'un défibrillateur manuel ;

Soins et surveillance des personnes, en postopératoire, sous réserve des dispositions prévues à l'article 10 ci-après ;

Techniques de régulation thermique y compris en milieu psychiatrique ;

Cures de sevrage et de sommeil.

Article 9

L'infirmier participe à la mise en oeuvre par le médecin des techniques suivantes :

Première injection d'une série d'allergènes ;

Premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention ;

Enregistrement d'électrocardiogrammes et d'électroencéphalogrammes avec épreuves d'effort ou emploi de médicaments modificateurs ;

Prise et recueil de pression hémodynamique faisant appel à des techniques à caractère vulnérant autres que celles visées à l'article 6 ci-dessus ;

Actions mises en oeuvre en vue de faire face à des situations d'urgence vitale ;

Explorations fonctionnelles comportant des épreuves pharmacodynamiques, d'effort, de stimulation ou des tests de provocation ;

Pose de systèmes d'immobilisation après réduction ;

Activités, en équipe pluridisciplinaire, de transplantation d'organes et de greffe de tissus ;

Transports sanitaires :

a) Transports sanitaires urgents entre établissements de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;

b) Transports sanitaires médicalisés du lieu de la détresse vers un établissement de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;
Sismothérapie et insulinothérapie à visée psychiatrique.

Article 10

L'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes :

1° Anesthésie générale ;
2° Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;
3° Réanimation peropératoire.

Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole.

En salle de surveillance postinterventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux deuxième, troisième et quatrième alinéas et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques.

Les transports sanitaires visés à l'article 9 du présent décret sont réalisés en priorité par l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.

L'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme peut participer à ces activités en présence d'un infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.

Article 11

Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier ceux ci-dessous énumérés, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'Etat de puéricultrice et l'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme :

1° Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie ;
2° Surveillance du régime alimentaire du nourrisson ;
3° Prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps ;
4° Soins du nouveau-né en réanimation ;
5° Installation, surveillance et sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie.

Article 12

Les activités suivantes sont exercées en priorité par l'infirmier titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire et l'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme :
1° Gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire ;

2° Elaboration et mise en oeuvre d'une démarche de soins individualisée en bloc opératoire et secteurs associés ;
3° Organisation et coordination des soins infirmiers en salle d'intervention ;
4° Traçabilité des activités au bloc opératoire et en secteurs associés ;
5° Participation à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables visant à la prévention des infections nosocomiales au bloc opératoire et en secteurs associés.
En per-opératoire, il exerce les activités de circulant, d'instrumentiste et d'aide opératoire en présence de l'opérateur.
Il est habilité à exercer dans tous les secteurs où sont pratiqués des actes invasifs à visée diagnostique, thérapeutique, ou diagnostique et thérapeutique dans les secteurs de stérilisation du matériel médico-chirurgical et dans les services d'hygiène hospitalière.

Article 13

En l'absence d'un médecin, l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en oeuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.

En cas d'urgence et en dehors de la mise en oeuvre du protocole, l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

Article 14

Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :
Formation initiale et formation continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé ;
Encadrement des stagiaires en formation ;
Formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires ;
Dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité ;
Dépistage des maladies sexuellement transmissibles, des maladies professionnelles, des maladies endémiques, des pratiques addictives ;

Education à la sexualité ;

Participation à des actions de santé publique ;

Recherche dans le domaine des soins infirmiers et participation à des actions de recherche pluridisciplinaire.

Il participe également à des actions de secours, de médecine de catastrophe et d'aide humanitaire, ainsi qu'à toute action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à une prise en charge globale des personnes.

Article 15

Le décret n° 81-539 du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier et le décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier sont abrogés.

Article 16

La ministre de l'emploi et de la solidarité et le ministre délégué à la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 11 février 2002.

Lionel Jospin

Par le Premier ministre :

La ministre de l'emploi et de la solidarité,

Élisabeth Guigou

Le ministre délégué à la santé,

Bernard Kouchner

ANNEXE 2

A N N E X E

PROGRAMME DES FORMATIONS PRÉPARATOIRES AU DIPLÔME PROFESSIONNEL D'AIDE-SOIGNANT ET AU DIPLÔME PROFESSIONNEL D'AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE

Les programmes de formation d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture ont pour objectif de permettre à chaque élève d'acquérir des compétences lui permettant de contribuer à une prise en charge globale des personnes en liaison avec les autres intervenants au sein d'une équipe pluridisciplinaire, en milieu hospitalier ou extra-hospitalier et, en tant que de besoin, à leur éducation et à celle de leur entourage.

Au sein de cette équipe, l'aide-soignant contribue à la prise en charge d'une personne ou d'un groupe de personnes et participe, dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité, à des soins visant à répondre aux besoins d'entretien et de continuité de la vie de l'être humain et à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie de la personne.

Au sein de cette équipe, l'auxiliaire de puériculture participe, dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité, ou le cas échéant sous la responsabilité d'autres professionnels du secteur de la santé ainsi que du secteur éducatif ou du secteur social, à la prise en charge, individuelle ou en groupe, jusqu'à l'adolescence, de l'enfant bien portant, malade ou handicapé, répond aux besoins quotidiens de l'enfant par la présence qu'il assure, les soins spécialisés auxquels il participe et les activités d'éveil qu'il organise.

I. - Principes pédagogiques

Développement de la créativité et de la faculté d'adaptation de l'élève aide-soignant et auxiliaire de puériculture en adéquation avec la diversité des lieux d'exercice et avec l'évolution des besoins de santé ;

Réflexion sur un projet professionnel en fonction des aspirations de l'élève et du projet pédagogique de l'école ;

Cohérence entre les objectifs de formation, les fondements pédagogiques et les pratiques professionnelles ;

Suivi pédagogique basé sur l'accompagnement et le développement personnel de l'élève.

II. - Objectifs de la formation

II-1. Objectifs de la formation de l'aide-soignant :

- participer à l'accueil de la personne et de son entourage ;

- situer son action au sein d'une équipe de travail ;
- participer à l'identification des besoins physiques, physiologiques et psychologiques de l'être humain, aux différentes étapes de la vie, et de leurs modifications ;
- appliquer les méthodes et les moyens adaptés à l'exécution de soins en collaboration avec l'infirmier ;
- participer à l'animation et à l'organisation d'activités ;
- collaborer à l'organisation de la vie d'une personne ou d'un groupe de personnes en favorisant, dans la mesure du possible, la participation de celles-ci dans toutes les activités quotidiennes ;
- transmettre ses observations par oral et par écrit ;
- transmettre les connaissances liées à sa fonction et, dans ce cadre, participer à des actions de formation.

II-2. Objectifs de la formation de l'auxiliaire de puériculture :

- participer à l'accueil de l'enfant et de son entourage ;
- situer son action au sein d'une équipe de travail ;
- participer à l'identification des besoins physiques, physiologiques et psychologiques de l'enfant, aux différents âges de sa vie, et de leurs modifications ;
- participer à l'identification des ressources propres à l'enfant, à la famille, à l'environnement ;
- appliquer les méthodes et les moyens adaptés à l'exécution de soins en collaboration avec la puéricultrice ou l'infirmier ;
- collaborer à l'organisation de la vie d'un enfant ou d'un groupe d'enfants en favorisant, dans la mesure du possible, la participation de ceux-ci dans toutes les activités quotidiennes ;
- transmettre ses observations par oral et par écrit ;
- transmettre les connaissances liées à sa fonction et, dans ce cadre, participer à des actions de formation.

III. - Durée de la formation

L'ensemble de la formation se déroule sur un an. Elle comprend 1 575 heures d'enseignement réparties comme suit :

- enseignements théoriques identiques : 8 semaines, soit 280 heures ;
- enseignements théoriques spécifiques : 9 semaines, soit 315 heures ;
- stages identiques : 12 semaines, soit 420 heures ;
- stages spécifiques : 16 semaines, soit 560 heures ;
- congés : 7 semaines.

Total : 52 semaines.

IV. - Caractéristiques de l'enseignement théorique

La formation est organisée en modules, qui ont pour objectif de permettre aux élèves d'acquérir les connaissances indispensables pour participer à la réalisation de soins relevant du rôle propre de l'infirmier.

L'enseignement est dispensé sur la base de trente-cinq heures par semaine. La répartition de cet enseignement entre cours magistraux, travaux pratiques, travaux dirigés et évaluation des connaissances est déterminée par les équipes enseignantes.

La présence aux cours, aux travaux pratiques, aux travaux dirigés et aux stages est obligatoire.

Il appartient aux équipes pédagogiques, responsables de la mise en oeuvre du présent programme de déterminer les modalités d'organisation de l'enseignement, compte tenu de la durée de la formation et du projet pédagogique de l'école.

V. - Caractéristiques de l'enseignement clinique

Les stages constituent au sein de la formation un temps d'apprentissage privilégié d'une pratique professionnelle. Ces stages s'effectuent en milieu hospitalier et en milieu extra-hospitalier dans des structures bénéficiant d'un encadrement adapté.

L'encadrement doit être assuré par du personnel diplômé qui prépare progressivement les élèves à l'exercice de leur fonction.

L'organisation des stages relève de la compétence des écoles, en collaboration avec les responsables des structures d'accueil.

Les objectifs des stages sont définis par les équipes enseignantes des écoles en liaison avec les personnes responsables de l'encadrement des élèves sur le lieu de stage.

Les stages sont effectués sur la base de trente-cinq heures par semaine. L'un des stages spécifiques comprend obligatoirement trois nuits dans le même service.

VI. - Contenu de l'enseignement

VI-1. Enseignement théorique : généralités sur les modules.

Les modules 1 et 2 doivent être obligatoirement dispensés en début de formation. L'équipe enseignante détermine le déroulement chronologique de l'enseignement des modules 3 à 6 qui

doivent, en tout état de cause, être dispensés avant les modules 7 à 12.

L'enseignement du module 6 comprend des notions élémentaires concernant l'enfant et l'adulte malades. Il repose sur les symptômes observables par l'aide-soignant et l'auxiliaire de puériculture pour leur permettre de comprendre les grandes lignes du traitement, les complications possibles et les mesures prophylactiques.

L'enseignement des modules 7 à 12 comprend, outre des notions d'anatomie-physiologie et d'hygiène, l'étude des grandes fonctions, des besoins fondamentaux, de la démarche de soins et du vocabulaire approprié, l'apprentissage de soins spécifiques.

VI-1. a) Modules identiques :
Module 1. - Notions préalables sur les soins (1 semaine).
Module 2. - Hygiène (1 semaine).
Module 3. - Relation, communication et ergonomie (2 semaines).
Module 4. - Santé publique (1 semaine).
Module 5. - Réglementation, exercice professionnel, responsabilité et déontologie (1 semaine).
Module 6. - Participation aux soins et surveillance des patients en médecine, en chirurgie, en pédiatrie et en réanimation (2 semaines).

VI-1. b) Modules spécifiques « aides-soignants » :
Module 7. - Soins en médecine et aux urgences (1 semaine).
Module 8. - Soins en chirurgie et en réanimation (1 semaine).
Module 9. - Soins en psychiatrie (1 semaine).
Module 10. - Soins en obstétrique et en gynécologie (1 semaine).
Module 11. - Soins en gérontologie et en gériatrie (4 semaines).
Module 12. - Soins palliatifs et accompagnement des patients en fin de vie (1 semaine).

VI-1. c) Modules spécifiques « auxiliaires de puériculture » :
Module 7. - Notions préalables sur l'enfant et son environnement (1 semaine).
Module 8, - La période prénatale et la naissance (2 semaines).
Module 9. - L'enfant sain de la naissance à l'adolescence (3 semaines).
Module 10. - L'enfant malade (2 semaines).
Module 11. - L'enfant atteint d'un handicap (1/2 semaine).
Module 12. - Soins palliatifs et accompagnement de l'enfant en fin de vie (1/2 semaine).

VI-2. Enseignement théorique : contenu des modules.

VI-2. a) Modules identiques 1 à 6.

Module 1. - Notions préalables sur les soins (1 semaine).

1. Le concept de soins et les besoins fondamentaux de l'être humain.
2. La démarche de soins.
3. Le dossier de soins.
4. Notions d'anatomie et de physiologie.

Module 2. - Hygiène (1 semaine).

A l'occasion de l'étude de chaque module, il est procédé à un rappel concernant l'hygiène en rapport avec l'enseignement dispensé.

1. Généralités :

- l'infection et le risque infectieux ;
- moyens de défense de l'organisme ;
- moyens de prévention.

2. Hygiène environnementale :

- l'environnement ;
- l'hygiène des aliments ;
- l'habitat ;
- les nuisances ;
- santé et travail ;
- protection du personnel.

3. Hygiène individuelle :

- hygiène de vie ;
- hygiène corporelle et vestimentaire.

4. Hygiène hospitalière :

- les infections nosocomiales ;
- méthodes de destruction des germes :
- asepsie ;
- antisepsie ;
- décontamination ;
- nettoyage, désinfection et stérilisation du matériel et des locaux ;
- étude des circuits.

Module 3. - Relation, communication et ergonomie (2 semaines).

1. Notions de sociologie :

- le groupe familial ;
- les groupes sociaux ;

- l’environnement culturel (rites, habitudes, religions, idéologie...) ;
- l’adaptation aux changements.

2. Notions de psychologie :
- généralités sur la psychologie ;
- relations entre le psychologique et le somatique ;
- développement affectif, psychomoteur, psycho-social et intellectuel de la personne ;
- répercussions psychologiques du handicap.

3. Dimension relationnelle des fonctions d’aide-soignant et d’auxiliaire de puériculture :
- l’équipe soignante ;
- les techniques de communication ;
- les relations au sein de l’équipe soignante ;
- les relations avec le patient et son entourage.

4. Notions d’ergonomie :
- principes de base d’ergonomie ;
- différentes méthodes de manutention.

5. Notions d’informatique.

Module 4. - Santé publique (1 semaine).

1. Généralités :
- définition de la santé publique ;
- les grands problèmes de santé ;
- soins de santé primaires ;
- soins de santé communautaires ;
- les indicateurs de santé (natalité, mortalité, morbidité...).

2. Politique de santé :
- la prévention ;
- les actions prioritaires (lutte contre les toxicomanies, le tabagisme, l’alcoolisme, le SIDA, les maladies sexuellement transmissibles, la tuberculose...) ;
- les populations à risques ;
- planification familiale et assistance médicale à la procréation.

3. Les structures :
- organisation du système de santé ;
- organisation et fonctionnement des établissements publics de santé, des établissements de santé privés, des structures extra-hospitalières ;
- la sectorisation psychiatrique.

4. Les organisations humanitaires.

Module 5. - Réglementation, exercice professionnel, responsabilité et déontologie (1 semaine).

1. Notions sur les différentes professions de santé.
2. L'exercice professionnel de l'aide-soignant et de l'auxiliaire de puériculture :
- le cadre professionnel ;
- notions sur la fonction publique (hospitalière et territoriale) ;
- notions de droit du travail ;
- la place de l'aide-soignant et de l'auxiliaire de puériculture dans une équipe pluridisciplinaire ;
- responsabilité de l'aide-soignant et de l'auxiliaire de puériculture ;
- les organisations professionnelles associatives et syndicales.
3. Ethique et déontologie :

- le secret professionnel et la discrétion professionnelle ;
- droits de l'homme, droits du malade.

Module 6. - Participation aux soins et surveillance des patients en médecine, en chirurgie, en pédiatrie et en réanimation (2 semaines).
Cet enseignement doit permettre aux aides-soignants et aux auxiliaires de puériculture de participer aux soins qui leur sont dévolus et à la surveillance des patients atteints de pathologies diverses en médecine, en chirurgie, en pédiatrie et en réanimation.
1. Participation aux soins d'hygiène et de propreté.
2. Participation à la surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire.
3. Participation à la surveillance de l'élimination intestinale et urinaire.
4. Participation à l'installation du malade dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap.
5. Participation à l'appréciation des principaux paramètres servant à la surveillance de l'état des patients pris en charge.
6. Participation aux actes visant à assurer le confort du malade.
7. Gestes élémentaires de survie.
8. Participation à l'élaboration et à l'utilisation du dossier de soins.
VI-2. b) Modules spécifiques 7 à 12 « aides-soignants ».

Le problème de la douleur sera étudié à l'occasion de l'enseignement de chacun des modules en prenant en compte ses variations en fonction des différentes pathologies dont les patients sont atteints.
Module 7. - Soins en médecine et aux urgences (1 semaine).

Ce module a pour objectif de permettre à l'élève d'approfondir ses connaissances dans les disciplines enseignées au cours du module 6.

Module 8. - Soins en chirurgie et en réanimation (1 semaine).

Ce module a pour objectif de permettre à l'élève d'approfondir ses connaissances dans les disciplines enseignées au cours du module 6.

Module 9. - Soins en psychiatrie (1 semaine).

1. Notions sur les maladies mentales.
2. Relation avec le malade présentant des troubles du comportement.
3. Participation aux activités occupationnelles.
4. Participation à la réinsertion dans la vie sociale et professionnelle.
5. Notions législatives et réglementaires.

Module 10. - Soins en obstétrique et en gynécologie (1 semaine).

1. Soins en obstétrique :

- de la conception à l'accouchement : notions biologiques, physiologiques, psychologiques et sociologiques ;
- l'accouchement ;
- les suites de couches ;
- le nouveau-né ;
- soins d'hygiène et de confort adaptés à la mère et à l'enfant ;
- notions législatives et réglementaires.

2. Soins en gynécologie :

- puberté ;
- ménopause ;
- notions sur les manifestations pathologiques.

Module 11. - Soins en gérontologie et en gériatrie (4 semaines).

1. Démographie et place de la personne âgée dans la société.
2. La personne âgée : culture, conditions de vie, ressources,...
3. Le vieillissement et ses conséquences :

- sur les besoins fondamentaux ;
- sur l'organisme (ostéoporose, baisse de l'acuité visuelle et auditive, insuffisance cardio-vasculaire et respiratoire,...) ;
- sur le psychisme (démence, sénilité,...).

4. Prévention des manifestations liées au vieillissement.
5. Aide au maintien ou au rétablissement de l'autonomie de la personne.
6. Participation aux activités occupationnelles.
7. Notions législatives et réglementaires.

Module 12. - Soins palliatifs et accompagnement des patients en fin de vie (1 semaine).

1. Concept de la mort, approche culturelle et religieuse.
2. Les différentes étapes de l'évolution psychologique du patient en phase terminale.
3. Soins palliatifs, soins d'hygiène et de confort aux personnes en fin de vie.
4. Accompagnement du patient, de sa famille ou de son entourage.
5. Prise en charge des personnes décédées et soutien de la famille ou de l'entourage.
6. Notions législatives et réglementaires (transport des corps, dons d'organe,...).

VI-2. c) Modules spécifiques 7 à 12 « auxiliaires de puériculture ».

Module 7. - Notions préalables sur l'enfant et son environnement (1 semaine).
1. L'enfant :
- les différents stades de développement ;
- relation et comportement avec l'enfant.
2. L'environnement :
- les milieux de vie de l'enfant : influence de la culture, des rites, de la religion... ;
- la sécurité de l'enfant ;
- les droits de l'enfant et de sa famille :
- situation des mineurs maltraités (loi du 10 juillet 1989) ;
- convention internationale des droits de l'enfant (1990) ;
- filiation et autorité parentale (loi du 8 janvier 1993).

Module 8. - La période prénatale et la naissance (2 semaines).
1. La période prénatale :
- notions de génétique ;
- la conception ;
- vie intra-utérine ;
- déroulement de la grossesse, modifications physiques et psychologiques ;
- notions législatives et réglementaires.
2. La naissance :
- le séjour à la maternité :
- l'accouchement ;
- le nouveau-né ;
- accueil et soins du nouveau-né en salle de travail ;
- caractéristiques physiques et physiologiques ;
- besoins et rythmes alimentaires : allaitement maternel, allaitement artificiel, sevrage,...
- besoins et rythmes du sommeil ;
- le nouveau-né et les relations avec son entourage :
- accueil et organisation du séjour du nouveau-né ;

- potentialités sensorielles et émotionnelles du nouveau-né ;
- les situations particulières : la naissance d'un enfant prématuré, handicapé, présentant un retard de croissance... ;
- les séparations précoces (accompagnement de l'enfant et de sa famille) ;
- les situations pathologiques :
- notions sur les principaux signes cliniques d'une détresse respiratoire, d'une hypothermie, d'une hyperthermie, d'une hypoglycémie, d'un ictère, d'une infection néonatale... ;
- notions concernant les malformations congénitales ;
- notions concernant les difficultés alimentaires ;
- impact du contexte néonatal sur la famille.

3. Notions législatives et réglementaires (établissement de la filiation, assurance maternité, prestations familiales, aide aux parents en difficulté...).

Module 9. - L'enfant sain de la naissance à l'adolescence (3 semaines).

1. Croissance somatique et maturation, besoins et équilibres alimentaires.
2. Développement psychomoteur et psychologique de l'enfance à l'adolescence et rôle des parents :

- généralités ;
- les grandes étapes du développement de l'enfant :
- les premières semaines de la vie ;
- la première année de la vie ;
- les deuxième et troisième années de la vie ;
- de trois à six ans ;
- de six ans à l'adolescence ;
- l'adolescence.

3. Notions de psychopédagogie et activités d'éveil du jeune enfant.
4. Les services d'accueil du jeune enfant (crèche collective, mini-crèche, crèche parentale, garderie, halte-garderie, école maternelle...).
5. Le fonctionnement de la protection maternelle et infantile et de l'aide sociale à l'enfance.
6. La maltraitance (décret du 9 décembre 1991 relatif à la formation des professionnels concernés par la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et la protection des mineurs maltraités) :

- identification des signes de maltraitance ;
- compte rendu aux personnes compétentes des observations effectuées ;
- accompagnement des enfants en cause et de leur famille.

7. Notions législatives et réglementaires.

Module 10. - L'enfant malade (2 semaines).

Ce module a pour objectif de permettre à l'élève d'approfondir les connaissances en pédiatrie

acquises au cours du module 6 et de cerner plus spécifiquement les problèmes suivants : l'enfant et la maladie, l'enfant et la douleur, l'enfant et l'hospitalisation, les parents et la maladie de l'enfant.

Module 11. - L'enfant atteint d'un handicap (1/2 semaine)

1. Dépistage du handicap.
2. Les principaux handicaps : moteur, sensoriel, mental.
3. Approche psychologique de l'enfant handicapé et son intégration dans les structures d'accueil.
4. Techniques d'éveil et de communication et participation aux actes de la vie quotidienne.
5. Accompagnement et soutien psychologique de la famille ou de son entourage.
6. Institutions d'accueil spécialisées ou non.
7. Notions législatives et réglementaires.

Module 12. - Soins palliatifs et accompagnement de l'enfant en fin de vie (1/2 semaine)

1. Concept de la mort, approche culturelle et religieuse.
2. Les différentes étapes de l'évolution psychologique de l'enfant en phase terminale.
3. Soins palliatifs, soins d'hygiène et de confort aux enfants en fin de vie.
4. Accompagnement de l'enfant, de sa famille ou de son entourage.
5. Prise en charge des enfants décédés et soutien de la famille ou de l'entourage.
6. Notions législatives et réglementaires (transport des corps, dons d'organe...).

VI-3. Enseignement clinique.

VI-3. a) Stages identiques :

Médecine ou chirurgie (4 semaines) ;

Maternité ou pédiatrie ou structure d'accueil des enfants de moins de six ans ou structure accueillant des enfants atteints d'un handicap (4 semaines) ;

Structure extra-hospitalière ou psychiatrie (4 semaines).

Au cours de l'un des stages identiques, l'élève aide-soignant devra effectuer au moins deux jours de stage dans un service de stérilisation ou dans un secteur d'hygiène ou dans un bloc opératoire.

VI-3. b) Stages spécifiques « aides-soignants » :

Médecine ou soins de suite et de réadaptation (4 semaines) ;

Chirurgie, urgences, réanimation ou soins intensifs (4 semaines) ;

Structure extra-hospitalière ou psychiatrie (4 semaines) ;

Gériatrie (4 semaines).

Dans le cas où le stage identique a été effectué en structure extra-hospitalière, le stage spécifique devra être réalisé en psychiatrie et inversement.

VI-3. c) Stages spécifiques « auxiliaires de puériculture » :

Pédiatrie ou chirurgie pédiatrique (4 semaines) ;

Maternité ou pédiatrie (4 semaines) ;

Pédopsychiatrie ou service accueillant des enfants atteints d'un handicap ou structure d'aide sociale à l'enfance (4 semaines) ;

Structure accueillant des enfants de moins de six ans (4 semaines).

Au cours de l'un des stages spécifiques, l'élève auxiliaire de puériculture devra effectuer au moins deux jours de stage dans un secteur de biberonnerie ou de diététique infantile.

ANNEXE 3

Grille d'entretien pour les aides-soignantes

- Pouvez-vous me décrire une journée de travail ?
- Quels sont les soins que vous réalisez ?
- Quelles relations avez-vous avec les infirmières lors de votre travail ?
- Quelles sont les actes que vous faites avec les infirmières ?
- Qu'évoque pour vous les glissements de tâches ?

Grille d'entretien pour les infirmières

- Comment travaillez-vous avec les différents acteurs de l'unité ?
- Quelles relations de travail avez-vous avec les aides-soignantes ?
- Qu'évoque pour vous les glissements de tâches ?

Grille d'entretien pour les cadres de santé et les directeurs de soins

- Rencontrez-vous des glissements de tâches au sein de votre unité, établissements ?
- Pourquoi existent-ils selon vous ?
- Quelle organisation mettre en place ?

ANNEXE 4

ENQUETE CONCERNANT LES DEPASSEMENTS DE FONCTION

Catégories ASH – ASHQ

1- Combien y a t-il d'ASH dans votre service ?

2- Font-ils les mêmes actes que les AS ? oui non

2-1 Y a t-il des conséquences ?

2-1-1 Pour l'usager ? oui non

De quelle nature ?

2-1-2 Pour le fonctionnement du service oui non

De quelle nature ?

3- Quelles sont vos propositions ?

Catégorie AIDE SOIGNANTE

Définition de l'aide soignante

L'aide soignante est un professionnel de santé qui contribue à la prise en charge de personne ou d'un groupe de personnes et participe, dans le cadre du rôle propre infirmier, en collaboration avec lui, et sous sa responsabilité à des soins visant à répondre aux besoins d'entretien et de continuité de la vie de l'être humain et à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie de la personne.

1- Y a t-il des actes réalisés par les AS dans votre service, qui devraient être effectués par les IDE ? oui non

2- Identifiez précisément ces actes et les motifs qui ont entraîné cette situation

ACTES	MOTIFS

3- Par rapport à ces actes, quelles est la position des professionnels ?

ACTES	POSITION DU SERVICE

4- Avez vous mis en place un dispositif palliant ce glissement de fonction ou avez-vous des propositions à faire ?

ACTES	DISPOSITIF EXISTANT	PROPOSITIONS

Catégorie INFIRMIERE

1- Y a t-il des actes réalisés par les IDE dans votre service, qui devraient être effectués par les médecins ? oui non

2- Identifiez précisément ces actes et les motifs qui ont entraîné cette situation

ACTES	MOTIFS

3- Par rapport à ces actes, quelles est la position des IDE, des médecins et du cadre ?

ACTES	POSITION DU SERVICE

4- Avez vous mis en place un dispositif palliant ce glissement de fonction ou avez-vous des propositions à faire ?

ACTES	DISPOSITIF EXISTANT	PROPOSITIONS